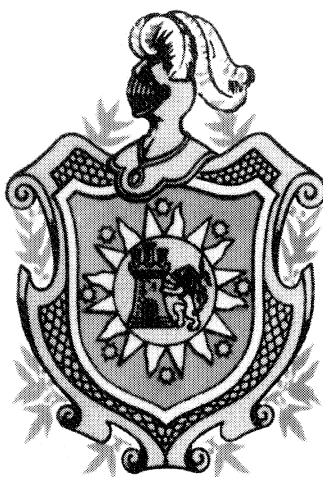


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Tema

Nivel de Calidad de Vida del Adulto Mayor en edades entre los 60 a 95 años pertenecientes a la casa hogar "San Antonio" de Masaya, en el periodo comprendido de Octubre a Diciembre del 2009.

Tutor: Dr. José de los Ángeles Méndez.

Estudiantes:

Br. Belkyria Leonor Solís Soza.

Br. Marcela de los Ángeles Calero Caldera.



Managua 12 de febrero del 2010

Don X Fac. de Med. - 04/08/2010.-

MED
378.242
561.7
2010

DEDICATORIA

A Dios por bendecirnos y protegernos en todos los momentos de nuestra vida.

A nuestras madres: Jenny Soza y Gioconda Caldera por ser el pilar fundamental durante esta travesía, quienes en los momentos más difíciles siempre están presente apoyando incondicional para que terminemos nuestras metas propuestas

Con mucho cariño a todos los adultos mayores de nuestra Nicaragua en especial a los de la casa hogar San Antonio, Masaya por su apoyo incondicional que nos brindaron durante la realización de este trabajo.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco:

A Díos:

Porque ha sido mi mano derecha en todo momento, y porque ha sido la fuerza que me ha permitido llegar a culminar esta gran meta.

A mi madre:

Que ha estado en todo momento a mi lado apoyándome en todas mis decisiones, le agradezco porque este trabajo monográfico se lo debo a ella.

A mi padre:

Aunque ya no está conmigo él me enseñó que nada es imposible y que el que es valiente no se rinde, lucha.

A mi Esposo:

Porque siempre me brindo todo su apoyo en cada momento.

A mi Tío:

Porque ha sido como un padre con el que he contado en todo lo que he necesitado.

Bachillera. Marcela Calero Caldera

Le agradezco:

A Díos:

Por su infinita misericordia por haberme dado aliento durante el transcurso de mi carrera y en la culminación de este trabajo.

A mi madre:

Jenny del Carmen Soza Salazar quien en todo momento se ha encargado de mi formación escolar y espiritual me ha transmitido energía, confianza, esfuerzo, fe, amor y sacrificio para que yo pudiera realizar mi carrera, quien ha sido mi pilar y mi motivo principal en mi vida.

A mi familia:

Abuelita, Abuelo, hermano, tías, tíos y primos por apoyarme incondicionalmente y estar siempre a mi lado.

A nuestro tutor y asesor metodológico:

Dr. José Ángel Méndez, por su valioso tiempo y aportes para la realización de esta investigación que de forma desinteresada nos brindo su apoyo científico y metodológico en la realización de este estudio.

Bachillera. Belkyria Solís Soza

OPINION DEL TUTOR

El campo de la medicina es tan grande, que no solamente se debe de investigar sobre patologías y causas de enfermedades, para buscar respuestas y mejorar el nivel de salud de la población, esto se demuestra, con el presente trabajo investigativo, que han realizado las jóvenes bachilleras, Belkyria Leonor Solís Soza y Marcela Calero Caldera.

En el cual se demuestra que el nivel de calidad de vida, se puede valorar de otra forma, conociendo la forma en que viven y se relacionan las personas, especialmente los seres humanos de la tercera edad.

Para mí ha sido un momento especial, como tutor ya que nos hemos abierto a otro campo dentro de la investigación, y para las futuras promesas de la medicina, como son las jóvenes bachilleras, es un gran logro contribuir con estos resultados a identificar la problemática que se vive en la tercera edad y aportar elementos que permitan modificar o cambiar el estilo y calidad de vida de este grupo tan vulnerable.

Reciban las jóvenes bachilleras, mis más altas muestras de felicitaciones porque han realizado un estudio con todo el rigor metodológico y científico, que contribuirá en gran manera a cambiar la situación de vida a los señores de la tercera edad.

ATENTAMENTE

M.S.C.M-D. José de los Angeles Méndez

TUTOR

INDICE

Introducción	Página 1-2
Antecedentes	Página 3-4
Justificación	Página 5
Planteamiento del problema	Página 6
Objetivos	Página 7
Marco teórico	Página 8-41
Material y método	Página 42-50
Resultado	Página 51-63
Análisis de los resultados	Página 64-67
Discusión de los resultados	Página 68-70
Conclusiones	Página 71
Recomendaciones	Página 72
Referencias bibliográficas	Página 73-74
Anexos	

RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y de corte transversal, realizado en el departamento de Masaya en los meses de octubre a diciembre del año 2009; Cuyo objetivo fue: Identificar el nivel de calidad de vida del adulto mayor en edades entre los 60-95 años pertenecientes a la casa hogar San Antonio en el periodo antes mencionado.

El universo lo constituye un total de 47 adultos mayores y la muestra fue de 20 personas que habitan en este albergue durante el periodo en estudio. Para obtener la información se entrevisto a una población seleccionada, debido a que estas personas presentan un déficit en sus habilidades motoras; el instrumento fue construido con la metodología del EUROQOL y previamente validado. La información se proceso electrónicamente en el programa de Word.

Los principales resultados fueron que el 45% de los adultos mayores se encontraron entre las edades de 70-80 años, el 50% no tenía ningún nivel de escolaridad cursada.

Con respecto a las prestaciones de jubilación y el seguro social se identifico que el 90% de las mujeres y el 85% de los hombres no poseen este servicio.

En cuanto a las características familiares el 40% de estas personas tuvieron de 1-3 hijos en el cual el 65% de ellos no tienen contactos con sus hijos y el 45% no recibe ninguna visita por sus familiares; En las relaciones sociales y amigables el 85% de los adultos mayores no tienen amistades dentro de esta institución.

El 90% de este grupo etario no realiza ningún tipo de actividad física.

Referente a la salud orgánica de los adultos mayores el 60% de las mujeres y el 50% de los varones presentan una enfermedad.

De acuerdo a la atención institucional el 90% consideran que la atención médica es buena, el 60% refiere que recibe cariño y el 50% indica que la alimentación es óptima. Con respecto a que si son escuchado el 80% de las mujeres y el 70% de los varones respondieron que siempre.

Dentro de las recomendaciones principales tenemos al gobierno en conjunto con el Silais de Masaya y organismos no gubernamentales, a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores deforma a que se establezca programas de asistencia social, coordinados con instituciones que permitan dar asistencia psicológica de forma periódica a los hogares de ancianos. Por otro lado hacer mención al Silais de Masaya a establecer un rol de visita por lo menos de 2 veces al mes del centro de salud más cercano.



Introducción

Hoy en día la calidad de vida es un objetivo en salud que está adquiriendo cada vez mayor importancia y ha comenzado a utilizarse como medida de resultados en salud. Llegar a una edad avanzada ha dejado de ser algo excepcional, sin embargo aún hay muchas personas que no logran envejecer con una buena calidad de vida. La calidad de vida de una persona resulta de la interacción de múltiples factores (socioeconómicos, salud mental, salud física, función social). Diversos autores han definido el concepto de calidad de vida, para la OMS la calidad de vida es «la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones»; Éste es un concepto amplio, del que forman parte elementos como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales de la persona y su relación con el ambiente que le rodea. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) más utilizada, en ciencias de la salud, evalúa la repercusión de la enfermedad o estado de salud, su tratamiento y otros cuidados sanitarios en la dimensión social y personal del paciente.

En las personas mayores la calidad de vida está principalmente relacionada con la compleja interacción entre las características del individuo y su ambiente. En las personas de edad el nivel de salud y de bienestar parece estar estrechamente ligado al nivel de protección social, ya que sufren muchos problemas crónicos y discapacidades, consumiendo gran cantidad de recursos sanitarios y sociales, de forma directamente proporcional al grado de dependencia. La autonomía de los ancianos es un componente importante de su calidad de vida, de modo que el enfoque asistencial de la ancianidad debería dirigirse a la satisfacción de sus demandas y a la búsqueda de déficits encubiertos, con la instauración de las medidas correctoras pertinentes, incluyendo actividades de promoción y prevención.

En Nicaragua existen más de 300 mil adultos "bien mayores" y la mayoría viven en la pobreza, apenas el 8% están cubiertos por el Seguro Social; el resto vive en situación de precariedad, abandono, pobreza y soledad. Existen alrededor de 14 asilos en el país que albergan a 800 adultos mayores, pero esto no es solo el problema, si uno consigue trabajo el Estado no los protege con una pensión, y los que son jubilados reciben una asignación tan misérrima, pues ni siquiera cubre la canasta básica.

Los factores de la vida más importantes dentro de la calidad de vida de las personas de la tercera edad encontrados son las relaciones familiares y contactos sociales, la salud general, el estado funcional, la vivienda y la disponibilidad económica. Son componentes muy importantes de la calidad de vida la capacidad de control y las oportunidades potenciales que la persona tenga a lo largo de su vida de forma que la calidad de vida viene dada por el grado de satisfacción alcanzado por la persona con las oportunidades que le ofrece la vida y lo conseguido en aquellos aspectos que tienen importancia para ella. El crecimiento personal, el tener un propósito y una meta, y la calidad de las relaciones personales son parte de un funcionamiento positivo en la edad avanzada. Las aspiraciones de autodesarrollo y el interés en el bienestar de los demás se asocian con sentimientos de bienestar en la vejez.

ANTECEDENTES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID; **2001**. A partir de 911 encuestas a personas mayores de 65 años no institucionalizadas, realizadas a domicilio, se hizo un análisis multivariante mediante regresión logística, poniendo en relación los resultados obtenidos en el Perfil de Salud de Nottingham (PSN), el Euroqol y el EAS con las características sociodemográficas, el nivel de recursos económicos, el grado de apoyo sociofamiliar, el estado de salud física y mental y la capacidad funcional. (1)

MEJOR CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de 207 pacientes mayores de 65 años ingresados en el CIREN con el propósito de conocer la morbilidad de estos pacientes ingresados en el periodo de enero a diciembre del **2002**. Hay cada día más ancianos en el mundo, el aumento de la longevidad determina que la mayor parte de los países desarrollado y algunos como el nuestro, exhiban una expectativa al nacer de aproximadamente 75 años. Las variables que se estudiaron fueron: Edad, calidad de vida, causas que produjeron el deterioro físico, tratamientos empleados, y estadía. El 95% de los ancianos ingresados en el periodo estudiado necesitan de la ayuda del personal de enfermería para la realización de las actividades diarias (bañarse, vestirse, alimentarse), el grupo etareo que más necesitó de la atención directa de enfermería oscila entre 70 -75años y 75 años o más. Queda demostrado que el trabajo eficiente del personal de enfermería permitió que se elevara la calidad de vida y se evitara accidentes en los pacientes estudiados. (2)

EN NICARAGUA ENTRE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL **2001 - 2003** MIFAMILA con el apoyo de la secretaria de coordinación y estrategia de la presidencia a permitido asegurar la cobertura, calidad y sostenibilidad de la atención a grupos de adultos mayores en situación de vulnerabilidad, bajo un esquema de integralidad y de responsabilidades compartidas con las familias, comunidades, organizaciones de la sociedad civil. (3)

FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS QUE VIVEN EN GERIÁTRICOS, Dra. Nélida Rodríguez Feijoo se realizó un estudio descriptivo para analizar la influencia de ciertas variables sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos. Con tal fin se seleccionó una muestra accidental integrada por 145 ancianos autoválidos, institucionalizados, entre 66 y 99 años (68% mujeres y 32% varones) pertenecientes al nivel socioeconómico medio y que vivían en un gran centro urbano como es la Ciudad de Buenos Aires.

Los resultados muestran que el nivel educacional, el uso del tiempo libre y el apoyo social percibido influyen significativamente sobre la calidad de vida del anciano institucionalizado. (4)

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: aspectos conceptuales
Health-related quality of life: conceptual Laura schwartzmann*, Se reviso la importancia del concepto de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) como un aporte fundamental en la evaluación de resultados en salud, al haberse tornado insuficientes las medidas tradicionales de morbilidad y expectativa de vida. Se destaco la importancia de tomar en cuenta la percepción del paciente, sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en salud así como en la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria. (5)

EL CONVENCIMIENTO DE LA NECESIDAD DE APLICACIÓN DE UN SISTEMA ESPECIAL DE VALORACIÓN AL PACIENTE GERIÁTRICO llevó a la Doctora Marjory Warren en los años 40 a establecer un programa de detección sistemática de problemas geriátricos que, en muchas ocasiones, eran tratables con resultados tan alentadores, que contribuyó de forma fundamental a la inclusión en 1948 de la Medicina Especializada Geriátrica en el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido. Estos programas de valoración fueron extendiéndose y generalizándose para implantarse en la mayoría de los países desarrollados, trascendiendo además el ámbito hospitalario, para utilizarse de forma universal, en el ámbito ambulatorio y de atención domiciliaria. (6)

LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI) o valoración geriátrica exhaustiva es "un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas así como la optima utilización de recursos para afrontarlos. Se ha de resaltar el carácter multidimensional de la citada valoración en su aplicación de forma interdisciplinaria, con la posible participación de diferentes profesionales, médicos, enfermeras, asistentes sociales e incluso psiquiatras o psicólogos si se considera necesario. (7)

Justificación

Se considero que es de vital importancia conocer mejor la calidad de vida de estas personas y el grado de vulnerabilidad que tienen a los accidentes laborales (traumas, fracturas), enfermedades (Diabetes, HTA, Artritis, etc) y el poco acceso a los servicios públicos en su localidad.

En nuestro país existen pocos estudios acerca de este tema razón que motivo a este equipo a investigar sobre el nivel de vida que tiene este grupo tan vulnerable.

Cuyos resultados obtenidos servirán para crear nuevas expectativas y así modificar las actúale condiciones de asistencia y manejo de este grupo de vida tan especial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta las características propias de la población en estudio, así como el nivel socio económico, el nivel cultural, el grado de educación, atención medica y entre otros aspectos nos hemos planteado la siguiente pregunta.

¿Cómo es el nivel de calidad de vida del adulto mayor en edades entre los 60 a **95** años pertenecientes a la casa hogar “San Antonio” de Masaya, en el periodo comprendido de octubre a diciembre del 2009?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar el Nivel de Calidad de Vida del Adulto Mayor en edades entre los 60 a **95** años pertenecientes a la casa hogar "San Antonio" de Masaya, en el periodo comprendido de Octubre a Diciembre del 2009.

Objetivos Específicos:

- Identificar los datos generales del grupo en estudio.
- Determinar el grado de movilidad del adulto mayor.
- Identificar el tipo de cuidado personal que se le brinda al adulto mayor.
- Describir las actividades cotidianas que realiza el adulto mayor.
- Identificar las principales quejas de salud que afectan al adulto mayor.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.

Según la **OMS**, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

Hoy en día en los países desarrollados llegar a una edad avanzada ha dejado de ser algo excepcional, sin embargo muchas personas no logran envejecer con una buena calidad de vida. El presente trabajo tiene como objetivos contribuir a un mejor conocimiento de los principales factores

CARACTERIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR

Para iniciar la caracterización del adulto mayor es necesario hablar sobre el proceso de envejecimiento; "El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital.

La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada "Calidad de Vida" y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social. Bienestar se ha identificado con "desarrollo económico", "con

la riqueza familiar o individual", "con el nivel de vida", "con el estado de salud", "con la longevidad individual", con la calidad y cantidad de los "servicios médicos", con los "ingresos o salarios" con "la satisfacción de necesidades y deseos" y con la existencia de la llamada "felicidad", elementos todos que individual o conjuntamente pueden ser sentimientos transitorios y que se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar, pero que no pueden ser estudiados en forma simplista y descriptiva sino como, el resultado de ese complejo de elementos expuestos.

Lo anterior ha hecho necesario incursionar un poco en la temática sobre las características que se presentan en esta etapa de la vida, para que la calidad de vida durante la vejez sea diferente en su conceptualización y medición, porque para considerar el envejecimiento desde el punto de vista del individuo que envejece hay dos tipos de aspectos subjetivos que son pertinentes: Los Cognitivos referidos a los significados que el individuo atribuye a lo que le pasa y a su situación y los afectivo-volitivos referidos a los sentimientos que motivan a los individuos a estimar sus circunstancias, a los estados de ánimo que las encaran y a su disposición para actuar sobre ellas.

En el componente cognitivo se pueden dar tres situaciones: la resignación, la adaptación y la aceptación y búsqueda de vivir la vejez del mejor modo. En esta última las personas descubren su sentido positivo de vida en la reflexión y la comprensión y descubren su compromiso con lo que pasa alrededor, al asumir que, independiente de la edad se sigue siendo un ser en el mundo.

Los individuos deben enfrentar intencionalmente su proceso de envejecimiento. Envejecer bien o mal depende, dentro de los márgenes fijados por el contexto social, de los mismos individuos que envejecen.

El proceso del envejecimiento del organismo humano no puede reducirse a un mero proceso biológico, debe analizarse en el contexto total en que se produce: la naturaleza compleja del hombre que es un ser biológico – cultural – social – mental y espiritual integradamente y la naturaleza compleja de las sociedades humanas: ecológico, ambiental, social, económico, cultural. El envejecimiento no es una enfermedad como algunos lo plantean. "El envejecimiento del organismo humano es un proceso individual y colectivo a la vez en el sentido que se produce en el individuo pero es muy condicionado por la sociedad, por la calidad de vida y por los modos de vida".

"Los adultos mayores constituyen uno de los grupos de edad en toda sociedad humana, el remedio, entonces, es darles el rol que les corresponde en la sociedad. No son inválidos. La vejez patógena, con demencia senil no es más del 5 – 6% en la población mayor de 65 años; mucho más abundante son los síntomas de insatisfacción existencial (soledad, angustia, estrés, aburrimiento) consecuencia de la inactividad física y mental y la falta de sentido de sus vidas".

LAS TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO Y CAMBIOS FÍSICOS Y MOTORES DEL ADULTO MAYOR

¿Cuáles son las causas de esta decadencia física? Hay dos teorías principales que intentan responder esta interrogante: las teorías de la preprogramación genética y las teorías del desgaste (Bergener, Ermini y Stahelin, 1985; Whitbourne, 1986). Las teorías de la preprogramación genética de la vejez dicen que las células humanas sólo se reproducen hasta cierta edad de las personas, después de la cual ya no pueden separarse (Hayflick, 1974). Una parte de esta hipótesis sostiene que algunas células son genéticamente preprogramadas para obtener un carácter maligno para el cuerpo después de algún tiempo, con lo cual la biología del organismo se transforma en "autodestructiva" (Pereira-Smith et al., 1988).

El segundo punto para comprender el envejecimiento por deterioro físico se basa según las teorías del envejecimiento por desgaste, las funciones mecánicas del cuerpo simplemente dejan de trabajar de manera idónea. Además, los restos de los productos que producen energía finalmente se acumulan, y se hacen errores en el proceso de reproducción celular. Finalmente el cuerpo, en realidad, se desgasta.

No se sabe a ciencia cierta cuál de estas teorías da la mejor explicación acerca del proceso de envejecimiento físico; puede ser que las dos contribuyan. No obstante, es importante entender que el envejecimiento físico no es una enfermedad, sino más bien un proceso biológico natural. Muchas de las funciones físicas no disminuyen junto con la edad. Por ejemplo, el sexo con su carácter placentero continúa hasta muy avanzada edad (aunque la frecuencia de la actividad sexual es menor), e incluso algunos adultos mayores dicen que el placer que les proporciona el sexo aumenta (Olshansky, Carnes y Cassel, 1990).

Los más palpables se refieren a la apariencia -adelgazamiento del cabello y el cabello cano, piel arrugada y flácida y en algunas ocasiones una ligera pérdida de estatura, ya que el tamaño de la espina dorsal que está entre las vértebras decrece- aunque además, se realizan cambios más ligeros en el funcionamiento biológico del organismo (Munnichs, Mussen, Olbrich y Coleman, 1985).

Algunos cambio biológicos internos que se encuentran en la teoría se refieren a que el sistema urinario se vuelve más lento y menos eficaz en la eliminación de toxina y otros productos de desechos; el sistema gastrointestinal es menos eficaz en la extracción de nutrientes; hay disminución en la masa muscular y la fuerza del musculo que se conserva, el sistema respiratorio puede que capte menos oxígeno y el sistema cardiovascular recibe un golpe doble: la fuerza del corazón disminuye mientras que simultáneamente un endurecimiento y encogimiento de las arterias hace que el bombeo de la sangre en todo el cuerpo consuma más energía.

En cuanto a los cambios en los procesos sensoriales, puede considerarse en primer lugar a la visión. Según Kalish(1996), la capacidad del ojo para ajustarse a la cantidad de cambios de luz disminuye con la edad, al igual con la eficiencia para adaptarse a la luz y la oscuridad, la visión de la profundidad y la percepción del color.

Adicionalmente puede haber deterioros visuales severos que llegan a la ceguera. La catarata y el glaucoma son causas comunes de estos problemas visuales, estando a menudo interrelacionados.

En segundo lugar están los problemas de audición, que llevan a la disminución gradual durante la vida, de forma que a los 50 ya muchas personas tienen algún grado de deficiencia auditiva. También es importante mencionar que las condiciones ambientales pueden exacerbar la velocidad de la pérdida a sabores, el aumento de los umbrales para el tacto y al disminución del umbral del dolor (Stuart-Hamilton, 2002). Además Kalish (1996) agrega que el vértigo se produce de manera más común y hay una disminución en la capacidad para realizar con efectividad las actividades cotidianas en término de actividad psicomotriz. Esto último puede relacionarse a la dificultad para pronunciar, considerando además la disminución del calcio que puede llevar a la caída de dientes y afectar a la habilidad motora mencionada.

Además, las pérdidas en cuanto a los procesos sensoriales llevan a una falta progresiva falta de ejercicio y movimiento que, llevado al extremo, puede ocasionar depresión.

En este aspecto puede observarse también la pérdida de apetito y el uso de medicamentos. Lo primero responde al decaimiento de procesos sensoriales como el gusto y los cambios en el metabolismo que señalaba Stuart-Hamilton.

Habilidad Motora:

Hay cambios de tenacidad en los músculos, temblores seniles, localizados en la mandíbula, antebrazos y manos. Se debe tener en cuenta todos estos cambios a nivel motor para tener ciertas precauciones con los elementos que utilizan.

Otros cambios funcionales se refieren a la habilidad para el movimiento y el entusiasmo para realizar actividades. Kalish(1996) plantea que puede haber un aumento en la dificultad para moverse con rapidez, la fatiga aumenta y pueden surgir problemas de atención.

Deterioro más frecuente en el sistema musculoesquelético:

- Disminución progresiva de la potencia muscular por pérdida y desorganización de los miocitos.
- Deterioro cartilaginoso articular que provoca alteraciones de las superficies óseas y artrosis degenerativa.

- Hacia los 40 años la reabsorción ósea excede la formación de los que se puede derivar una osteopenia y posterior osteoporosis.
 - En las mujeres se pierde el 25% de hueso y por ello pueden aparecer fracturas de cuerpos vertebrales y del cuello de fémur (caída drástica de estrógenos)
 - El riesgo acumulativo de fractura de cadera a los 90 años se acerca al 25% en mujeres y 10% en hombres.
 - Cambio somático y de centro gravitatorio-La marcha se torna insegura y lenta predisponiendo a las caídas. Tienden, en ocasiones, a caminar con pasos cortos, lentos e inestables.
- También es común la marcha inestable, con base de sustentación algo amplia, con el tronco encorvado.
- También se puede alterar por patologías visuales, somatosensitivas o motoras.

¿Qué ocurre con la piel del anciano?

Hay que saber, que es difícil establecer, una edad determinada en la que comienza el envejecimiento cutáneo, ya que éste es un proceso lento y constante.

Parece ser que existen tres teorías fundamentales, relacionadas con el efecto de factores que acentúan en muchos casos los cambios provocados por el envejecimiento fisiológico, dando por tanto lugar a manifestaciones propias de edades avanzadas patológicas.

Estas teorías son:

- Teoría Genética: es un proceso individual y controlado genéticamente.
- Teoría Ambiental: consecuencia de la exposición a la luz solar, agentes climáticos o medioambientales, con la producción de radicales libres.
- Teoría Inmunitaria: con el envejecimiento se produce una senescencia inmunitaria, que favorece la aparición de tumores e infecciones.

Así, por la intervención de uno o más factores, se producen una serie de cambios reconocidos, que podemos dividir en: cambios fisiológicos del envejecimiento cutáneo y cambios por el foto envejecimiento.

Cambios Fisiológicos del envejecimiento cutáneo:

La piel es el primer órgano en envejecer, y por ser visible, parece ser un buen indicador de la edad biológica del individuo aunque no siempre se corresponda con la edad cronológica. Esto es así, porque participa y refleja las alteraciones que existen en el organismo, con el paso de los años, mediante cambios irreversibles en su estructura y funcionamiento.

- Cambios:
 - Adelgazamiento de la superficie cutánea, en un 15% a partir de los 60 años.
 - La dermis pierde un 20% de su espesor.
 - Disminución de la elasticidad y flexibilidad.

- Disminución de la producción de sebo y aumento de la permeabilidad.
- Se pierden 10-20% de melanocitos por década.
- Menor número de glándulas sudoríparas.
- Deterioro de la respuesta inmune relativa de la célula.
- Alteración de la percepción sensorial.
- Disminución del tejido adiposo.
- Disminución del espesor y de la velocidad de crecimiento de las uñas.
- Alteración de los vasos sanguíneos y disminución de su número.
- Alteraciones del pelo.
- Consecuencias:
 - Mayor fragilidad y menor eficacia como barrera.
 - Profundización de los surcos.
 - Se seca más la piel y menor curtido.
 - Termorregulación ante el calor menos eficaz, con tendencia a la hipotermia o golpe de calor en temperaturas extremas.
 - Infecciones crónicas más frecuentes.
 - Aumenta el umbral doloroso.
 - Menor resistencia a pequeños traumas y tendencia al frío.
 - Aumenta la fragilidad de las uñas y se vuelven más amarillas, con estrías.
 - Facilidad de rotura de los vasos ante mínimos traumatismos, y son más patentes.
 - Frialidad cutánea, alteración de la respuesta inflamatoria, cicatrización lenta y anómala.
 - Crecimiento del vello en las cejas, orificios nasales y del conducto auditivo externo, y parte anterior del tórax en los hombres. Crecimiento del vello en el área del bigote y barbilla en las mujeres.
 - Despigmentación con encanecimiento, aumento del grosor del pelo. Disminución del número de folículos por cm² del cuero cabelludo.

Todos estos cambios y sus consecuencias, dan a la piel un aspecto peculiar, que se ha denominado "piel senil". La piel senil es fina, transparente, de color céreo o amarillenta, descamativa y seca, que en casos extremos, llega a ser como papel de fumar. Junto a esto, existen las arrugas, pero no suelen existir manchas.

Definición DE ADULTO MAYOR

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), considera como "personas mayores" a aquellas que cuentan con 60 años en adelante, mientras que la Organización de Naciones Unidas (ONU) denomina a este grupo humano como "Adultos Mayores", de conformidad con la Resolución 50/141.

Existen varias definiciones sobre el término adulto mayor. Se dice que son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo; esto hace referencia a aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse. Otra es la que el gobierno de termina por ley, una vez se cumplan los requisitos de edad y tiempo de trabajo; Existe también el significado sociocultural. También un sector de la población asocia al adulto mayor, así no lo sea, como una persona anciana, enferma, limitada, que ya no siente, no piensa, no sueña, no desea y solo espera la muerte.

Es necesario establecer una diferencia entre la vejez, como una etapa de la vida y el envejecimiento, como un proceso en la vida del ser humano que se inicia desde su nacimiento. Existen vocablos similares o equivalentes a adulto mayor, algunos aceptables y otros despectivos.

Una de las palabras más conocidas es viejo que se define de la siguiente manera de acuerdo con el diccionario terminológico de ciencias médicas: edad senil, senectud, periodo de la vida humana, cuyo comienzo se fija comúnmente a los sesenta años, caracterizado por la declinación de todas las facultades.

Desde el punto de vista gerontológico podríamos definir el envejecimiento como el momento en que la esperanza de vida empieza a decaer. El hombre goza de su máximo vigor, es decir, es menos probable que muera, a la edad de doce años y, desde un punto de vista actuarial, la esperanza de vida empieza a declinar a partir de esta edad. El envejecimiento es un proceso que acaece durante toda la vida y no hay un estadio inmutable en ella que determine el paso a la tercera edad.

¿A quienes denominamos personas adultas mayores?

Son personas adultas mayores aquellas que cuentan con 60 años de edad en adelante; lo que reafirma la consideración técnica de la Organización Panamericana de la Salud, que considera los 60 años, como edad de partida, para los países en vías en desarrollo, teniendo en cuenta la esperanza de vida y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento en la región.

El término "personas adultas mayores" involucra tanto a las mujeres y varones de 60 años o más, y se utiliza para evitar múltiples denominaciones como, viejo, vieja, anciana, geronte, abuelos, entrado en años, mayor, ochentón, antigua, entre otros; expresiones cotidianas que muchas veces llevan carga despectiva.

¿Cómo se clasifica a las personas adultas mayores?

Con la finalidad de orientar adecuadamente los servicios de apoyo y protección para las personas de 60 a más años; el plan Nacional para las personas adultas mayores 2006-2010, considera útil clasificarlas en tres grupos:

- *Independiente o Autovalente:* Es aquella persona de 60 años o más, capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria: comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, así como también las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar la casa, comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrar su economía entre otros.

La persona adulta mayor autovalente puede hacer deportes acordes a su estado de salud. La autovalencia en las personas adultas mayores está asociada con la edad, el estado de salud físico-mental y las condiciones del envejecimiento. Si una persona de 75 años tiene un buen estado de salud, puede ser tan autovalente como una de 60 años; así también si una persona de 65, si tiene un problema de salud que le impida realizar las actividades de la vida diaria, puede ser tan frágil como una de 80 años.

Las condiciones de vida influyen considerablemente en el envejecimiento: En países que tienen una alta calidad de vida las personas adultas mayores tienen un período mayor de autovalencia; que las personas de países en vías de desarrollo, donde las condiciones de vida y servicios básicos son deficientes. En tal sentido, teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, las personas adultas mayores autovalentes, no deben ser objeto de ningún tipo de restricción por la edad.

- *Frágil:* Es aquella persona de 60 años o más, con alguna limitación para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Según el estudio epidemiológico metropolitano en salud mental (2002) realizado en Lima metropolitana y Callao, el 37% tiene al menos un discapacidad o inhabilidad.

La fragilidad en las personas adultas mayores está asociada a mayor riesgo de discapacidad y mayor vulnerabilidad frente a eventos adversos. Por ejemplo, una alteración de la "marcha" en una persona adulta mayor, aumenta el riesgo de caídas. Esto a su vez incrementa el riesgo de fracturas y discapacidad. De igual modo, noticias muy tristes pueden desencadenar en un accidente cerebro vascular, y este a su vez en discapacidad. La persona adulta mayor frágil requiere apoyo para realizar las actividades de la vida diaria, y debe tener cuidados preventivos para evitar que la fragilidad se convierta en una dependencia mayor. Algunas características de la persona frágil son:

- o Alteración de la marcha
- o No ver ni escuchar bien
- o Polifarmacia o dependencia de varios medicamentos
- o Deterioro cognitivo
- o Edad avanzada (75 años o más)
- o Estar enfermo(a)
- o Viudez reciente, vivir solo
- o Situación económica precaria que impida la satisfacción de sus necesidades básicas
- o Presencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, arterioesclerosis, osteoporosis entre otros.

- *Dependiente, postrada:* Es aquella persona no autovalente que requiere cuidado y apoyo calificado de otra persona, porque tiene problemas severos de salud que la limitan a nivel funcional y/o mental. La persona dependiente y/o postrada, requiere ayuda para alimentarse, vestirse, tomar medicamentos, asearse; a veces no controlan esfínteres, como también pueden tener grave deterioro cognitivo. Por esas circunstancias que impiden a la persona adulta mayor cuidar de sí misma y de sus bienes, algunos familiares solicitan un certificado de discapacidad que facilitan el apoyo de un tercero en trámite administrativo para el cobro de pensiones, gestiones sociales, atención de salud etc. En otras circunstancias se realiza un proceso judicial para declarar a la persona "incapaz" figura que es entendida en el sentido positivo de recibir asistencia de un tercero, para la representación legal y administración de bienes.

Aspectos Psicológicos que más afectan al Adulto Mayor:

Conocer cómo operan los procesos de conocimiento en el envejecimiento y cuáles son las alteraciones mentales prevalentes en esta importante fase debe servir para diseñar e implementar programas de intervención cuyo objetivo prioritario sea mejorar la calidad de vida de nuestros mayores.

Según la Organización Panamericana de la Salud, uno de cada cuatro Adultos Mayores sufre depresión. Esta proporción aumenta considerablemente en los sectores de bajos recursos; allí el 35% de la población de las personas mayores de 60 años presenta cuadros de depresión, para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad y muerte prematura en países desarrollados, precedida solamente por las enfermedades cardíacas.

La Depresión y la Tristeza, es un síndrome mental común en el que ocurre una disminución de la actividad vital del tono afectivo y de la autoestima, tristeza,

cansancio fácil, inhibición, insomnio que interfiere en las actividades cotidianas de las personas.

Sus características son:

- ★ Humor depresivo con estado de ánimo decaído.
- ★ Disminución del interés por las actividades cotidianas.
- ★ Cansancio fácil, fatiga y pérdida de energía.
- ★ Insomnio o Hipersomnia.
- ★ Agitación y enlentecimiento psicomotor.
- ★ Disminución de la concentración y capacidad de pensar.
- ★ Pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad.
- ★ Sentimiento de impotencia e inutilidad.

Este síndrome se clasifica en:

Depresión Orgánica o Somática: Puede ser desencadenada por un trastorno orgánico que modifique el funcionamiento neurofisiológico del sistema nervioso como la enfermedad de Parkinson o Hipotiroidismo.

Depresión Endógena: Tiene una base fundamental de las vías noradrenérgicas y serotoninérgicas del sistema nervioso central y por lo general no depende de ningún factor desencadenante concreto. Suele ser más profundo y durar más tiempo pudiendo llegar a ser una característica propia a lo largo de toda la vida del individuo.

Depresión Reactiva: Corresponde a una reacción por un factor ambiental desencadenante, como puede ser Stress o la pérdida de un ser o algo querido.

Por otro lado demasiados gerontólogos habrían coincidido con el punto de vista acerca de que los adultos mayores son olvidadizos y confusos. Sin embargo, actualmente la mayoría de los estudios expresan que esa está muy lejos de ser una evaluación acertada de las capacidades de los adultos mayores.

Alzheimer:

Esta enfermedad es la principal causa de demencia entre las personas de 60 años o más. Las probabilidades de contraerla aumentan con la edad, de modo que mientras más alta sea la proporción de Adultos Mayores, más presencia habrá de la enfermedad. Es más frecuente en la mujer que en el hombre.

¿Es olvidadizo el adulto mayor?

Una de las características más frecuentes que se le atribuyen a los adultos mayores es la de ser olvidadizos. En general, los resultados muestran que las alteraciones amnésicas no son parte inevitable del proceso de envejecimiento. Y aún cuando los adultos mayores presentan disminuciones de la memoria, su pérdida tiende a limitarse a algunos tipos de memoria. Por ejemplo, las capacidades de la memoria inmediata, difícilmente se atrofian, excepto en casos de enfermedad. En contradicción, cuando ocurre la pérdida de memoria, por lo general se limita a la memoria a largo plazo. Además, la pérdida de memoria en muchos casos puede revertirse y aún prevenirse mediante un entrenamiento.

Cuando se crean pérdidas de la memoria a futuro, generalmente se trata de recuerdos episódicos, relacionados con experiencias específicas acerca de nuestras vidas. Otros tipos de recuerdos, como los semánticos (los que se refieren al conocimiento o hechos) y los recuerdos implícitos (recuerdos acerca de lo que no estamos enterados conscientemente), en gran parte no son afectados por la edad. Así pues, la pérdida significativa de memoria, en los adultos mayores, constituye la excepción y no la regla.

Principales trastornos afectivos en el Adulto Mayor

Deterioro cognitivo:

Se necesitan más estudios para establecer cómo el trastorno bipolar afecta las funciones cognitivas y si constituye un factor de riesgo independiente para desarrollar demencia. Entre los factores sobre los que se hipotetiza que contribuirían al deterioro cognitivo están la "toxicidad" de cada episodio del humor, enfermedad vascular, comorbilidad con abuso de sustancias y efectos secundarios de la medicación; por tanto, aunque no se conozca específicamente la manera y grado en que un trastorno del humor pueda determinar una declinación en las funciones cognitivas, desarrollar estrategias adecuadas a cada paciente, específicas en estos puntos, va a permitir aliviar el efecto cognitivo global.

Trastorno bipolar:

La prevalencia de trastorno bipolar en personas mayores de 65 años que se encuentran en la comunidad se estima entre el 0,1% y el 1%; cuando se trata de adultos mayores que viven en residenciales asistidos se eleva casi al 10% y constituyen del 5 al 15% de las internaciones psiquiátricas. En los episodios maníacos es frecuente la presentación mixta, con alta agresividad, delirios paranoides, disforia y ciclado rápido; en cambio, la euforia y megalomanía son menos frecuentes.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con otras psicosis agudas (depresión agitada, delirium), descompensación o reagudización de psicosis

crónicas, cuadros demenciales con desinhibición y estados maniformes (enfermedad de Alzheimer, Pick, demencia vascular y especialmente demencia fronto-temporal).

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD QUE AFECTAN AL ADULTO MAYOR

LA SALUD: CADA VEZ MÁS NECESARIA Y CADA VEZ MÁS CARA. A medida que aumenta la edad, crecen también los problemas de salud y disminuyen las franquicias y facilidades de atención para el Adulto Mayor. Se encarece su presupuesto con el consiguiente aumento de sus gastos en medicamentos, controles y hospitalización. Según un estudio del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), el 80% de los mayores de 60 años toma siete o más fármacos diariamente. De acuerdo al último estudio de discapacidad, más del 40% de la población Adulta Mayor presenta problemas de discapacidad.

PRESENTACIÓN DE LAS ENFERMEDADES EN EL ADULTO MAYOR

A diferencia de pacientes jóvenes, el adulto mayor está afecto a muchos factores biológicos y psico-sociales, que alteran el proceso de reconocimiento de una enfermedad. Es por ello que no hay que esperar que un anciano consulte por síntomas y signos típicos de una enfermedad para sospecharla.

Esta dificultad para reconocer la presencia de alguna enfermedad actual se debe principalmente a tres factores: la aceptación de la enfermedad como algo propio del envejecimiento, la forma atípica en que se manifiestan y la existencia de múltiples patologías concomitantes.

Aceptación de la Enfermedad

Es común en nuestro medio que tanto el paciente mayor como las personas que los rodean (familiares, cuidadores) consideren las manifestaciones de una enfermedad actual como un cambio normal del proceso de envejecimiento. Debido a esto, dejan pasar síntomas leves y sólo consultan en situaciones dramáticas o agudas tales como síncope, hemorragia, etc. Otro factor importante es que muchas veces, el adulto mayor se considera una "carga" para sus cuidadores, por lo que minimiza sus molestias. Además es frecuente encontrar ancianos con alteraciones de la memoria y/o dificultades para comunicarse, como sordera, ceguera e incluso compromiso de conciencia. En estos casos debe prestarse especial atención a cualquier cambio del estado basal del paciente, por pequeño que este sea.

La suma de estos factores lleva a una demora en la consulta, lo que se ha demostrado que incide directamente en la eficacia del tratamiento médico. Es así como patologías simples que pueden ser solucionadas si son tratadas oportunamente, quedan sin tratamiento o sólo con manejo paliativo, contribuyendo así al deterioro y a mayor dependencia de ese adulto mayor.

Presentación Atípica

La forma intrínseca de presentación de cada enfermedad también se ve afectada ya que las respuestas físicas y fisiológicas habituales frente a enfermedades suelen estar alteradas, lo que puede resultar en ausencia de síntomas (típicamente dolor y fiebre). En otros casos los síntomas son vagos e inespecíficos debido a estos cambios. Se agrega a esto que distintas enfermedades se suelen presentar de maneras similares. Esto llevó al Profesor Dr. Bernard Isaacs (UK) a delinear uno de los conceptos fundamentales de la geriatría: los llamados "gigantes geriátricos". La confusión, las caídas, la incontinencia de esfínteres e inmovilidad son cuatro síndromes que se encuentran frecuentemente en el paciente geriátrico, que no matan y que pueden ser la manifestación final común de muchas patologías diferentes. Estos síndromes siempre traducen alguna enfermedad de base y no deben ser considerados como eventos normales de la vejez. Es así como la inmovilidad puede ser la manifestación de patologías tan distintas como infarto al miocardio, neumonía, fractura o algo tan simple como dolor de pies.

Patologías Múltiples

Un adulto mayor comúnmente (a diferencia de uno más joven) puede presentar a la vez varias patologías (agudas o crónicas) que dificultan aún más el reconocimiento de una enfermedad actual. A esto se suma que muchas veces el paciente está consumiendo numerosos fármacos a la vez, los que pueden presentar efectos adversos o agravar enfermedades de base.

En algunos casos el paciente geriátrico puede manifestar muchos síntomas a la vez lo que dificulta la tarea del médico en determinar los síntomas más relevantes y cuáles son propios de cada patología. No se debe dejar de lado el área emocional del paciente ya que el estrés emocional o depresión se pueden manifestar como síntomas físicos. Sin embargo, no se debe atribuir síntomas a la esfera emocional sin descartar antes una causa orgánica.

Para lograr un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno, todos los factores enunciados en este capítulo, se deben tener presentes al momento de evaluar, sobretudo si es por primera vez a un paciente geriátrico, esto se logra con una anamnesis y examen físico exhaustivo y dirigido a la problemática particular del adulto mayor. Es importante mencionar los padecimientos que más afectan a los adultos mayores en los cuales tenemos los siguientes:

PADECIMIENTOS

Las enfermedades más comunes en los adultos mayores son:

1. Hipertensión arterial.
2. Diabetes.
3. Artritis Reumatoidea
4. Insuficiencia cardiaca.
5. Problemas articulares.
6. Infección de vías urinarias.
7. Gastroenteritis.

HIPERTENSIÓN, CARDIOPATÍAS Y ARTRITIS, LOS MALES QUE MÁS AFECTAN A LOS ANCIANOS

Las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión y las cardiopatías son las principales dolencias que les roban la salud a los adultos mayores en el país.

Otra de las dolencias es la artritis, que les imposibilita moverse, así como las afecciones respiratorias agudas.

Todas son enfermedades consideradas como crónicas y degenerativas. Además se suman las fracturas por caídas y golpes, en especial las de caderas, pelvis y fémur. El programa de atención integral al adulto mayor, explicó que de no tratarse, este tipo de enfermedades conducen a la muerte a los pacientes mayores de 60 años. El promover estilos de vida saludable, a través de una alimentación sana y una asistencia de calidad para los adultos mayores, es uno de los principales retos de Salud durante las últimas décadas.

La imposibilidad de moverse se convierte en uno de los principales obstáculos para recibir atención médica preventiva y hasta de emergencia. En el país, por las condiciones económicas existentes, son escasas las posibilidades de lograr visitas domiciliarias a nivel del sistema sanitario público. De igual forma, las visitas de médicos privados son inaccesibles para la mayoría de la población adulta mayor, sobre todo para los que están en la línea de indigencia o pobreza.

Los programas públicos de salud establecen que los adultos mayores deberían tener al menos el derecho a dos visitas domiciliarias. Se desconoce cuánto es lo que invierte Salud en la atención de los pacientes ya que estos son asistidos en las consultas externas de los centros asistenciales.

EVALUACION DEL DOLOR EN EL PACIENTE GERIATRICO

Aunque la epidemiología del dolor no ha sido ampliamente estudiada entre la población mayor, el dolor parece ser muy común entre las personas de más edad. Datos americanos indican que el 18% de la población general de 65 o más años refiere tomar regularmente medicación analgésica varias veces a la semana, y que de estos, el 63% refiere tomar medicamentos prescritos para el dolor durante más de seis meses seguidos. La prevalencia de dolor es doble entre personas mayores de 60 años (250‰) en comparación con personas menores de esa edad (125‰), y más del 50% de las personas mayores padecen alguna forma de dolor persistente. Entre ancianos ingresados en centros residenciales, la prevalencia del dolor oscila entre el 45% y el 80%. Datos similares pueden encontrarse en estudios más próximos a nuestra realidad sociocultural.

Las consecuencias del dolor entre la población geriátrica son extensas³, más aún si el dolor se manifiesta de forma persistente. Se ha descrito la presencia de

depresión, ansiedad, disminución de la sociabilidad, alteraciones del sueño, incremento en la utilización de los servicios de salud, limitaciones posturales, deterioro de la movilidad o limitaciones al vestirse o en la realización del aseo personal. El dolor suele ir acompañado de una significativa comorbilidad psiquiátrica y puede ser precipitante de suicidio entre personas mayores.

No hay duda sobre la importancia de una correcta evaluación del dolor en las personas mayores, pero ésta es altamente compleja. Los parámetros a evaluar son muy similares a los de las personas jóvenes, pero es frecuente que los mayores presenten problemas que dificultan el proceso de evaluación, tales como deterioro cognitivo, déficit sensorial o alteraciones del estado de ánimo.

Al margen de la propia evaluación de las características clínicas del dolor y de sus peculiaridades, una evaluación integral del dolor en el paciente geriátrico requeriría del estudio, desde una perspectiva más estrictamente psicológica, de dos parámetros de importancia, el estado de ánimo y la capacidad cognitiva. Esta observación no implica, claro está, que deban obviarse otros aspectos esenciales en la evaluación del dolor de un paciente mayor, como puedan ser la calidad de vida, la capacidad funcional, la ansiedad, la presencia de delirium, las estrategias de afrontamiento o el soporte social, aspectos a los que no vamos a referirnos en este documento.

La evaluación de la depresión en el enfermo geriátrico con dolor debe ser considerada como un requisito de primer orden, dado la estrecha relación existente entre depresión y dolor crónico. Dicha evaluación tendrá unas características propias, puesto que la depresión en el anciano presenta algunas peculiaridades diferenciales de la depresión en el adulto, como la presencia de somatizaciones o quejas desproporcionadas, expresión minimizada de tristeza, daño autoinducido deliberadamente, trastorno conductual o comorbilidad con trastornos somáticos.

Realizadas las anteriores puntualizaciones, conviene recordar que la intensidad del dolor es el factor primario a considerar en el proceso de evaluación del dolor, dado que es el que determina el impacto del mismo en el funcionamiento del individuo y en su bienestar. Asimismo, sirve para comparar las condiciones de la patología a través del tiempo y es importante para valorar la efectividad de la estrategia de intervención utilizada. Para conocer la intensidad del dolor suele recurrirse a escalas de autoevaluación y, siempre que sea posible, éstas son preferibles a otras formas de medición, como los métodos observacionales o los sustitutivos a partir de un informador externo. Hemos de considerar que, en ocasiones, las personas mayores pueden no referir dolor aunque lo padezcan, por la creencia de que el dolor es normal con la edad, de que no es aceptable mostrar dolor, por el temor a las posibles consecuencias derivadas de la presencia de dolor.

DEFICIENTE CUIDADO DE LA SALUD Y MALOS HÁBITOS ALIMENTICIOS.

En términos generales, la sociedad Nicaragüense no tiene un cabal conocimiento acerca de los problemas de salud que adolece a los adultos mayores existentes en el país, ni tampoco una mayor conciencia sobre los riesgos que implica el proceso de envejecimiento sobre el bienestar físico y psíquico de este grupo poblacional. La falta de difusión acerca de la necesidad de que los adultos mayores y sus familias tengan un mayor cuidado sobre su salud, genera mayores consecuencias en los adultos mayores en situación de pobreza, sobre todo los residentes en áreas rurales y urbano-marginales del país.

Por otro lado, los profesionales de la salud no se especializan de manera preferente en áreas como geriatría y gerontología y, en la mayoría de los casos, los equipos médicos que trabajan en los centros hospitalarios del país no cuentan con estos especialistas o si se dispone de ellos, no se encuentran actualizados ni reciben periódicamente algún tipo de capacitación al respecto. Un problema adicional es el desconocimiento y falta de personal especializado para el tratamiento de las enfermedades mentales que aquejan a los adultos mayores, incluyendo el problema que se presenta en el núcleo familiar y que muchas veces altera el equilibrio emocional de sus integrantes. Aquí, los psicogerontólogos son imprescindibles.

La asistencia médica, no obstante el incremento en los últimos años de la infraestructura y atención hospitalaria, es aún insuficiente para atender las necesidades de salud del adulto mayor. A la deficiencia en la cobertura de servicios habría que añadir los problemas de calidad que se presentan sobre todo en el interior del país.

En materia de nutrición y alimentación, se ha detectado como problema principal del adulto mayor el mantener hábitos alimenticios y nutricionales poco saludables, aparte de la insuficiente dieta calórica-proteica que afecta en mayor medida a los que viven en situación de pobreza. No se conoce con exactitud la magnitud de la población de adultos mayores que padece desnutrición y malnutrición, y tampoco existen programas específicos de apoyo alimentario para este grupo poblacional. La difusión, información y educación en materia de hábitos alimentarios positivos, se presenta como una posibilidad urgente para dar respuesta a las necesidades específicas y particulares de los ancianos, de acuerdo a las distintas zonas geográficas del país.

Consideraciones Generales en la Alimentación

El envejecimiento se caracteriza por la pérdida de la masa corporal magra y por cambios en la mayor parte de los sistemas corporales

- La alimentación en esta edad suele adquirir un gran valor como sistema de satisfacción personal

- Las modificaciones de hábitos son frecuentes en esta etapa de la vida siendo las causas especiales: las apetencias gustativas, poder adquisitivo, poder realizar preparaciones culinarias, creencias (dietas para la buena salud)
- Peligroso puede ser la imposición de nuevos cambios pudiendo acarrear una pérdida de interés por la alimentación
- La restricción de alimentos debe ser cuidadosamente meditada salvo ciertos casos específicos relacionadas con enfermedades crónicas
- La nutrición no solo tiene que atender el proceso de envejecimiento sino también las consecuencias de las enfermedades presentes
- El sedentarismo
- Pérdida de la autonomía

Consideraciones en Nutrientes

- Alimentos fuentes de energía, especialmente carbohidratos complejos como patatas, arroz, harinas, leche, cereales, fideos, miel. Se debe considerar que además en estos alimentos se puede encontrar enriquecidos en vitaminas y minerales.
- Fibra, merece especial atención el consumo de alimentos integrales como arroz integral, pan integral, galletas integrales, ciruelas o pasas, debido a que el estreñimiento es frecuente.
- Alimentos ricos en proteína, que aunque las personas en edad avanzada no se encuentran en crecimiento son necesarias para el mantenimiento del cuerpo. Estos nutrientes se encuentran en: carnes de pollo, pavo, cerdo, pescado, mariscos, huevo, leche y derivados donde es importante considerar la intolerancia a la lactosa frecuente en estas edades.
- Alimentos grasos, Lo importante más que la cantidad es la calidad. Los alimentos como atún, salmón o frutos secos como nueces, pistachos, almendras contienen ácido oleico importante antioxidante. Respecto a los aceites el preferido es el de oliva.
- Para mantener el sistema nervioso, vitaminas del grupo B, que ayudan al organismo a transformar en energía los azúcares de la dieta y especialmente la B12, que ayuda a mantener el sistema nervioso en buen estado y mejora la concentración y el equilibrio, y la B6 que evita las alteraciones nerviosas. Las principales fuentes de estas vitaminas son: algas, carnes, aves, mariscos, lácteos, huevos.
- Alimentos ricos en magnesio, conocido como el mineral aliado contra el estrés, mejora el estado de ánimo, es esencial para el buen funcionamiento de los nervios y contribuye a transformar el azúcar de la sangre en energía. Las principales fuentes de magnesio son el salvado y

los cereales integrales, los mariscos, el chocolate amargo, la soya, las almendras y las nueces.

- El zinc, ayuda al cuerpo a enfrentar el estrés y aumenta nuestra capacidad de concentración y de aprendizaje. Se lo encuentra en las carnes rojas, pescado, aves, leche, mariscos, hígado, cereales y nueces.
- El Hierro es indispensable para el transporte del oxígeno a los tejidos y esencial para el estado de ánimo. Su falta suele provocar un estado permanente de cansancio y fatiga. Fuentes de hierro: vísceras (hígado, riñón), almejas, carnes rojas, verduras verdes como espinacas, frutos secos, avena.

Beneficios de la actividad física en la edad avanzada

- Mantenimiento de la composición corporal
- Favorece el funcionamiento de los sistemas del cuerpo especialmente el cardiovascular
- Disminuye la probabilidad de deficiencias dietarias al aumentar la ingesta energética y diversidad dietética
- La variedad alimentaria conduce a una mayor satisfacción personal
- Contribuye a la distracción y ocupación de tiempo libre.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), esencialmente se incorpora a la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud.

La aplicación, a veces indiscriminada de nuevas tecnologías, con capacidad de prolongar la vida a cualquier precio, la complicada decisión de cantidad versus calidad de la vida, y el terrible dilema ético de la distribución de los recursos económicos en salud, ponen sobre el tapete la necesidad de conocer las opiniones de los pacientes.

El modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que, en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social. Es evidente que estos aspectos de máxima importancia en la vida de los seres humanos serán los que más influyan a la hora de que los pacientes evalúen su calidad de vida.

**¿QUÉ SE ENTIENDE POR CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD?
ALCANCES, LIMITACIONES Y CONFUSIONES CONCEPTUALES?**

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que tiene una enfermedad y su tratamiento sobre la percepción del paciente de su bienestar. Patrick y Erickson (1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Para Schumaker & Naughton (1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

Implica además aceptar que, hasta el momento, las evaluaciones de CVRS asumen que las personas son capaces de analizar aspectos de su estado de salud en forma aislada, separándolos de otros aspectos de la vida humana (ingresos, situación laboral, relaciones interpersonales, estrategias personales de afrontamiento). Hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideran que su calidad de vida es buena.

La confusión entre estado de salud y calidad de vida ha dado origen a dilemas éticos, técnicos y conceptuales. Algunos críticos del concepto han considerado que el mismo conlleva a la medicalización de la vida cotidiana. El concepto de calidad de vida no puede ser de ningún modo independiente de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada uno. Sin embargo es frecuente que las investigaciones de CVRS dejen de lado estos aspectos antropológicos y culturales, asumiendo un sistema único globalizado de valores. Pacientes asmáticos estudiados en distintas etapas de su enfermedad referían, independientemente del estadio de su enfermedad, que hechos como pasarlo bien en la vida, experimentar el dar y recibir amor, tener una actitud positiva ante los sucesos de la vida cotidiana eran los factores que proporcionaban a la vida su más alto grado de calidad.

Podría acordarse, por tanto, que es también tarea de la medicina optimizar las situaciones en las que es posible conseguir una calidad de vida razonable, incluyendo la promoción de bienestar a través de intervenciones psicosociales, cuando sea necesario, dentro de los tratamientos habituales.

Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación

física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

Los métodos actuales de evaluación de Calidad de Vida en Relación a la Salud se han desarrollado sobre todo a partir de tres tradiciones de investigación.

Estudios como los de Costa y Mc Crae (1980) y Abbey y Andrewes (1985) mostraron la relación del afecto positivo con el control interno, la tendencia a la acción, el apoyo social y la extraversión, mientras los afectos negativos muestran mayor asociación con el estrés, la depresión y la neurosis. La demostración por parte de los psicólogos de que las respuestas subjetivas (sentimientos, deseos) podían evaluarse de modo confiable y válido, a través de test, contribuyó a jerarquizar este campo del conocimiento y llevó al desarrollo importante de la psicometría como soporte técnico de las evaluaciones.

1. Necesidades fisiológicas
2. Necesidades de relación emocional con otras personas
3. Necesidades de aceptación social
4. Necesidad de realización y de sentido.

En el área de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue pionera en el futuro desarrollo de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, al definirla, ya en 1948, como " un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad". Sin embargo, esta definición de avanzada no pasó de ser una expresión de deseos y la práctica médica así como las evaluaciones poblacionales de salud fueron alejándose cada vez más de este concepto.

El estado de salud de una población era medido tradicionalmente por la tasa de mortalidad y esperanza de vida, a pesar de que, ya en los años 50, la tasa de mortalidad de los países desarrollados de Occidente alcanzó un equilibrio, volviéndose la tasa de mortalidad una medida ineficaz para diferenciar el estado de salud de las poblaciones de estos países. Por otro lado, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, como consecuencia de la disminución o eliminación de las enfermedades infecciosas, así como el desarrollo de tecnologías médicas que atenuaban el dolor y el malestar, sin que eso implicase una prolongación de la vida, hicieron necesaria la aparición de otras medidas de resultados más sensibles.

Muchos investigadores toman un enfoque operativo y sugieren que sus instrumentos miden el constructo de Calidad de Vida, aunque lo más habitual es que en realidad midan algún aspecto de la capacidad funcional del sujeto, o de lo que siente o prefiere. Perfiles de Salud, Índice de Katz, Medidas de Bienestar Psicológico, que son en realidad instrumentos de detección de psicopatológica. Muchos instrumentos están más centrados en las propiedades psicométricas (validez y confiabilidad de la información recogida) que en explicitar el modelo

conceptual del que parten. Todo ello genera confusión a la hora de tener una definición consensuada de la CVRS.

La Organización Mundial de la Salud retoma el tema, al crearse en 1991 un grupo multicultural de expertos que avanza en la definición de Calidad de Vida y en algunos consensos básicos que permitan ir dando a este complejo campo alguna unidad. Esta definición y puntos de consenso fueron la base de la creación del instrumento de Calidad de Vida de la OMS que, a diferencia de otros instrumentos, parte de un marco teórico para su construcción, desarrolla el instrumento en forma simultánea en distintas culturas, utiliza metodologías cualitativas como los grupos focales, para evaluar la pertinencia para los futuros usuarios de los aspectos incluidos en la evaluación.

La OMS define calidad de vida como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (1994).

El Grupo WHOQOL establece además una serie de puntos, en relación a las medidas de calidad de vida relacionada con la salud, aceptadas por diversos grupos de investigadores.

Puntos de consenso (Grupo WHOQOL, 1995)

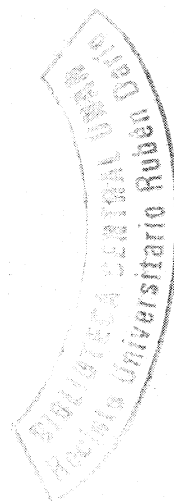
LAS MEDIDAS DE CVRS DEBEN SER:

1. Subjetivas: Recoger la percepción de la persona involucrada.
2. Multidimensionales: Releva diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonales.
3. Registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

EL ADULTO MAYOR Y LA VIDA COTIDIANA

Esta fase de la vida es realmente importante para el desarrollo personal, dado que cada nueva adquisición significa una nueva organización del mundo propio interno; el Adulto Mayor sufre del mismo modo que los niños cambios continuos y previsibles unidos a períodos de crisis, de gran estabilidad y equilibrio interior. Las crisis están generadas por la capacidad de mirar la vida hacia atrás enjuiciándola y valorándola de distinta forma, esto conduce a redefinir el estilo de vida el cual en ocasiones no concuerda con el de la pareja y a la vez no es tolerado y/o comprendido tanto por ella como por los demás componentes

Otra situación que afecta a los Adultos Mayores es el "nido vacío", con la partida de los del hogar paterno de los hijos lo cual exige un reencuentro con la pareja, en un momento de desarrollo personal muchas veces diferente generando una crisis entre ambos unido a situaciones con los hijos adolescentes o situaciones



no resueltas con hijos adultos, con la familia, etc. desencadenando otra crisis o conflicto. La crisis se caracteriza por el elevado potencial de energía a favor del cambio enfrentando al Adulto Mayor a dos caminos:

- ✚ La resolución integradora de la crisis, el fortalecimiento y el progreso.
- ✚ El fracaso en la resolución del momento que lleva a la regresión, al aislamiento, a sentimientos depresivos que empobrecen y limitan el desarrollo personal y social.

La manera en que el Adulto Mayor enfrente este momento de su vida, depende tanto de lo interno, del nivel de madurez que alcanza en el desarrollo personal unido a los vínculos afectivos que ha sido capaz de conformar en la familia, trabajo y en la comunidad tanto religiosa, social, política u otras. Dentro de la crisis se distingue la de tipo externa constituida por el ambiente social y físico en donde el Adulto Mayor se mueve, vive, con los recursos con que cuenta, la posibilidad de entrega ya sea en un trabajo remunerado como también en una actividad de servicio, la que reporta enormes beneficios personales y colectivos, a pesar de que sea de tipo gratuito o por solo hecho de ayudar a los demás.

Si bien la tercera edad y/o el período de adultez mayor muchas veces se relaciona con las pérdidas a nivel físico, intelectual, social y emocional entre otras hay que focalizarse en los logros y adquisiciones que están presentes en esta edad; ellos permiten generar y mantener un diálogo intergeneracional de carácter dinámico, enriquecedor y creativo a la vez estableciendo un logro real a través de una nueva madurez característica del Adulto Mayor; por lo cual consiguen tener una valorización distinta tanto de hechos, personas y de las relaciones sociales. Por todo esto aumentan su capacidad y percepción psicosocial y cultural al vincularse a diferentes grupos de edades

El beneficio de la nueva madurez implicada es la adquisición de un autoconcepto realista y estable unida a la consciencia de las propias capacidades y limitaciones, el Adulto Mayor se asume a sí mismo lo que le permite lograr un equilibrio entre las necesidades de dependencia e independencia, posibilitándoles asumir la dependencia en ciertos aspectos de otras personas significativas para ella, pero manteniendo la autonomía personal. De esta manera va aumentando la dependencia física y la necesidad de compañía y a la vez se logra independencia del medio y de la cultura, del halago y de la crítica.

Otro efecto positivo de la madurez es mantener y valorar las relaciones de intimidad que se logran establecer durante el transcurso de la vida, a partir de una actitud confiada y auténtica; esto lleva a integrar nuevas relaciones, armar nuevos lazos y el desempeño de variados roles como el de suegro, abuelo, consuegro, etc. en forma sana y clara. Los Adultos Mayores entablan el equilibrio entre el dar y el recibir, logrando la plenitud en este período, fomentando una actitud más abierta y tolerante frente al otro con una mejor

disposición al acuerdo; esto es fundamental en el caso del parlamento Provincial del Adulto Mayor al lograr una real participación entre sus pares y con los organismos públicos por lo beneficioso que esto resulta.

Los Adultos Mayores tiene que ser capaces de lograr y/o tener cierta libertad a través de la cual se guían por sus propios valores y formas de pensar, por esto mantiene una opinión y actitud independiente al tomar todo tipo de decisiones, incluso las más desagradables siempre que estas sean favorables para sí o para los demás. Todo esto permite llegara a la "generatividad", término acuñado por el Psicólogo estadounidense Erick Erickson, que la define como "como un proceso mediante el cual nos volvemos paternales y creativos y aceptamos el compromiso voluntario de guiar a las nuevas generaciones, ayudando a una autorealización personal"; lo anteriormente definido significa un proceso de suma importancia para el Adulto Mayor por sus múltiples beneficios en todos los ámbitos de desarrollo.

Otro concepto relevante es el de "creatividad" que se relaciona con el arte, pero que es aplicable de igual modo a la ciencia, política trabajo, etc. y menos relacionado con la persona y la vida cotidiana, en donde su aplicación es fundamental; la creatividad es un proceso en continuo desarrollo el cual va pasando por distintas etapas paralelamente, esto es de real importancia por sus capacidades y potencialidades.

Las etapas son cinco, ellas son: Percepción, Búsqueda de información, Caos, Inspiración y realización, a continuación las veremos de manera más detallada.

* Percepción: es la forma de ver un problema o necesidad, para lo cual la persona debe estar alerta, en especial el Adulto Mayor al conocer sus problemas y ver la forma de solucionarlos.

*Búsqueda de información: es reunir el material, estudiarlo, meditarlo o conversarlo, asimilarlo, etc. en búsqueda de una solución a sus problemas cotidianos

* Caos: es el producto de la crisis generada por la acumulación de material informativo, no hay solución concreta, hay un desorden necesario el cual lleva a replantear toda la situación.

* Inspiración: es la llegada abrupta de ideas, nociones que permiten encontrar y/o formular una solución.

* Realización: es el término de todo, se llega a un producto concreto evaluando y ejecutando, mediante el cual se elabora y aplica solución plausible a la necesidad y/o problema en sí.

aceptados de forma sincera y no por obligación o por tolerancia.

En fin, vemos que la creatividad es un elemento valioso en los Adultos Mayores por lo beneficioso que ella resulta en esta etapa de la vida; la creatividad es un acto creativo, es una conducta espontanea que tiende a surgir en una persona abierta a todas sus vivencias internas y externas y capaz de ensayar de manera flexible todo tipo de relaciones. De esta multitud de posibilidades semielaboradas, el individuo selecciona la que mejor satisface sus necesidades internas, la que establece una relación más afectiva con el medio, o la que supone una manera más sencilla y gratificante de percibir la vida, desde su condición y/o rol de Adulto Mayor en la sociedad.

¿QUIENES MALTRATAN AL ADULTO MAYOR?

Abandono y maltrato.

La excesiva carga que representa un anciano, o las tensiones exacerbadas y no resueltas, provocan un abandono o maltrato del Adulto Mayor.

¿Hay mucha violencia hacia el adulto mayor?

Hay abuso hacia el adulto mayor, hay violencia psicológica e incluso física, hay gente que se aprovecha, hay casos de abuso económico, se hacen cargo de ellos pero les piden el cheque de la pensión, el abuso físico, en un paciente con demencia llega un momento en que pierden, aparte de sus funciones mentales, el control de los esfínteres, entonces muchas personas que no comprenden que es la enfermedad, que no es la persona la que lo está haciendo, les pegan como si fueran niños, incluso algunos pacientes con una demencia muy avanzada se vuelven muy agresivos. El abuso psicológico es maltrato.

Maltrato a viejitos (Nicaragua)

Se calcula que actualmente en el país existen alrededor de 300 mil personas que se encuentran en la etapa de la vida, conocida como la tercera edad. Este sector, que representa aproximadamente el seis por ciento de la población nicaragüense, no recibe ningún beneficio de parte del Estado, a excepción de los que perciben alguna pensión del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS). El resto sobrevive a como puede, y se le puede contemplar en todas partes del país, vendiendo lotería o realizando otras actividades para subsistir. En algunos casos, los viejitos sobreviven arrimados a una familia, debido a que el Estado no tiene políticas que promocionen un envejecimiento seguro, que los proteja de las múltiples dificultades, de la soledad, que a diario padecen "sólo por el mismo hecho de haber llegado a la tercera edad", indicó el doctor Humberto López Rodríguez. Además de la falta de políticas de beneficio social, el adulto mayor debe enfrentarse a situaciones adversas producto de la falta de una visión más consecuente y solidaria de la misma sociedad. HOGARES DE ANCIANOS SON INSUFICIENTES "Se cree que la solución a las enfermedades del adulto mayor, a sus depresiones o a sus malas condiciones, se arreglan

llevándolo a un hogar de ancianos. Pero resulta que en Nicaragua, con todos los hogares de ancianos que hay sólo se podrían albergar unas mil 200 personas de la tercera edad y eso no representa ni el uno por ciento de todos los adultos mayores del país", afirma el especialista.

La Organización Mundial de la Salud, en la declaración (2002) "Para la prevención global del maltrato de las personas mayores", define ese maltrato como la acción única o repetida o la falta de la respuesta apropiada que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza.

Mimdes ha sistematizado el maltrato a las personas adultas mayores en dos tipos: violencia familiar, que incluye la física y la psicológica, y violencia sexual. La física normalmente es producida por hijos que consumen alcohol en exceso y drogas o por la pareja (hombres en su mayoría) que abusa del licor o tiene celos infundados. La psicológica se da cuando un familiar mantiene arrinconada a la persona mayor en casa y la humilla con gritos e insultos o cuando la hostiga para quedarse con sus bienes. La sexual incluye violación, tocamientos y todo contacto sexualizado no permitido.

Los tipos de maltrato que contempla la Ley

De acuerdo a la Ley de Protección frente a la Violencia Familiar, tenemos tres tipos de violencia: Psicológica, Física y Sexual tanto en su modalidad de acción y omisión.

Violencia psicológica

Son aquellos maltratos psicológicos en modo de acción u omisión, que recibe la persona adulta mayor por parte de sus familiares o allegados. Las agresiones psicológicas suelen anteceder o acompañar a la violencia física. Algunas modalidades de violencia psicológica más comunes son:

- Gritarles cuando se les habla
- Insultos
- Indiferencia y descuido a sus necesidades
- Desvalorización, humillación, burlas
- Amenazas de daño o muerte a la persona adulta mayor
- Amenazas de botar de la casa
- Impedimento de recibir visitas
- Rechazo
- Abandono (ignorar por completo responsabilidades de atención y cuidados)
- Otras modalidades intencionales que causen daño psicológico.

Violencia física

Son los maltratos físicos, en modo de acción u omisión, dirigidas a la persona

adulto mayor por parte de cualquier familiar o allegado. Entre las modalidades tenemos:

- Empujones
- Puntapiés o patadas
- Puñetazos
- Bofetadas
- Jalones de cabello
- Tirar al suelo
- Golpes con palos, leñas, maderas, bastones
- Ahorcamiento o intento de asfixia
- Latigazos, correazos, pegar con sogas
- Herir con arma punzo cortante o arma de fuego
- Golpes con otros objetos contundentes (piedras, fierros, botellas, herramientas)
- Otras agresiones físicas con el cuerpo (arañazos, mordeduras, rodillazos, cabezazos, pisotones etc.) y otros.
- Negligencia: considerado así a todo aquel descuido o abandono que produzca daño o lesión física

Violencia Sexual

Se considera así a la acción que obliga a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente se considerará violencia sexual al hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas. Entre las modalidades tenemos:

- Chantaje sexual
- Violación sexual
- Sexo oral
- Tocamiento
- Sexo interfemoral o coito seco
- Seducción
- Besos íntimos
- Exhibición premeditada de los genitales o exhibirse en actos masturbatorios
- Explotación sexual
- Otros.

Existen también otras formas de violencia que no están tipificadas en la ley, pero no por eso dejan de ser comunes. Ahí tenemos la **violencia y/o despojo economico-patrimonial**.

DESARROLLO DE POLITICAS INCLUYENTES PARA LA ATENCION DEL ADULTO MAYOR

Han pasado muchos años desde que 124 países (el nuestro incluido) se reunieron en Viena 1962 para tratar sobre los viejos y el envejecimiento teniendo como antecedentes la resolución de la Asamblea General de la ONU de 1948, que recogía una declaración de los derechos de la vejez, y unos meses tan solo desde Madrid 2002 para hablar de Adulto Mayor.

En 1980 se produce el documento Plan Viena, que sería en la Asamblea Mundial; en su discusión se tocan los temas técnicos, políticos, la participación de los gobiernos y el de las grandes regiones con sus diferentes niveles de desarrollo sobre el envejecimiento.

Los considerando del documento hablan de una preocupación común sobre el envejecimiento, el desafío y las posibilidades que ese logro entraña.

Es importante señalar los objetivos concretos que este Plan de Acción se proponía cumplir:

- A. Fomentar comprensión nacional e internacional de las consecuencias económicas, sociales y culturales que el envejecimiento de la población tiene.
- B. Promover la comprensión nacional e internacional de las cuestiones humanitarias y relacionadas con el envejecimiento.
- C. Proponer políticas y programas orientados a la acción y destinados a garantizar la seguridad social y económica de las personas de edad, así como darles oportunidades de contribuir al desarrollo y compartir sus beneficios.
- D. Presentar alternativas y opciones políticas que sean compatibles con los valores y metas nacionales y con los principios reconocidos internacionalmente con respecto al envejecimiento y a las necesidades de las propias personas de edad.
- E. Alentar el desarrollo de una enseñanza, una capacitación y una investigación que responda adecuadamente al envejecimiento de la población mundial y fomentar el intercambio internacional de aptitudes y conocimientos de esta esfera.

Tal como fue indicado por **CEPAL** en la Conferencia Regional sobre Envejecimiento **(2003)** es importante incorporar en dichas políticas, legislaciones, planes o prácticas la normativa internacional existente en materia de derechos humanos en especial aquellos estándares internacionales y regionales que protegen los derechos humanos de las personas adultas mayores debido a su condición de especial vulnerabilidad. Respecto a la relación entre políticas y legislaciones nacionales sobre envejecimiento y las áreas particulares de la salud pública, las legislaciones son instrumentos útiles para desarrollar las metas que han sido establecidas en la política nacional de

envejecimiento. No obstante, la legislación no reemplaza a la política, más bien es parte de ésta y ambos instrumentos son necesarios para una protección y promoción efectiva de la salud y otros derechos básicos de las personas adultas mayores. Así, la legislación es un instrumento esencial para desarrollar servicios de rehabilitación basados en la comunidad, establecer los derechos humanos, referir a las obligaciones internacionales del Estado con relación a la prestación.

LAS PRINCIPALES DIFICULTADES EN LA ATENCIÓN DE SALUD

Entre los principales problemas que presenta la atención sanitaria en la región latinoamericana las autoridades resaltaron diversos temas asociados a la precariedad institucional de la salud pública y a la falta de equidad y eficiencia de los actuales sistemas de salud de los países.

El limitado acceso a los servicios de salud fue considerado de forma mayoritaria como el principal problema que afecta a países. La limitada cobertura de los servicios forma parte de las manifestaciones de la falta de equidad, que constituye también un problema prioritario. En segundo orden de importancia, señalan la baja calidad y la ineficiencia de los servicios, tema que para otros países es prioritario. En este ámbito se resalta el problema de la demanda insatisfecha que afecta a un amplio sector de la población (Nicaragua, Guatemala), particularmente en las zonas rurales (El Salvador). Entre los problemas específicos mencionados en relación con la falta de eficiencia figuran la dimensión excesiva de la capacidad instalada en regiones; los altos costos de operación; la insuficiente capacidad de gestión, tanto de las entidades territoriales responsables como de las redes de prestación de servicios de salud; las deficiencias en los procesos de vigilancia y control; y los retrasos sistemáticos en el flujo de recursos, lo que genera condiciones de insostenibilidad en algunas instituciones prestadoras.

Por tales razones, la sostenibilidad financiera y el mayor costo de la red institucional y de los servicios de salud es un tema preocupante en países como Brasil, Costa Rica, Nicaragua, y República Dominicana.

DE CREACIÓN DEL CONSEJO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR

DECRETO No. 93-2002, Aprobado el 27 de Septiembre del 2002

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE NICARAGUA.

Que nuestra Constitución Política, reconoce en su artículo 77, que "los ancianos tienen derecho a medidas de protección de parte de la Familia, la Sociedad y el Estado".

En uso de las facultades que le confiere la Constitución Política.

HA DICTADO El siguiente:

Artículo 1.- Créase el Consejo Nacional del Adulto Mayor adscrito al Ministerio de la Familia, con la facultad de proponer política, planes y acciones orientadas

a desarrollar y consolidar programas y proyectos de atención a los adultos mayores.

Artículo 2.- El Consejo es la máxima instancia de coordinación de los esfuerzos del Estado, la población de Adultos Mayores y la Sociedad Civil.

Artículo 3.- El Consejo Nacional del Adulto Mayor, tendrá su sede en la ciudad de Managua y su ámbito de acción se extenderá a todo el territorio nacional a través de Comisiones Locales, coordinadas por las Delegaciones Territoriales del Ministerio de la Familia.

Artículo 4.- El Consejo Nacional del Adulto Mayor, será presidido por la Primera Dama de la República, y su coordinación estará a cargo del titular del Ministerio de la Familia y estará integrado por los delegados de las siguientes instituciones:

1. Ministerio de la Familia;
2. Ministerio de la Salud;
3. Ministerio de Educación;
4. Ministerio del Trabajo;
5. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social;
6. Instituyo Nicaragüense de Turismo;
7. Procuraduría de los Derechos Humanos;
8. Un miembro de la Asociación de Municipios de Nicaragua;
9. Un Adulto Mayor miembro de las Asociaciones de Jubilados;
10. Un Adulto Mayor NO jubilado beneficiario de un programa social, dirigido a este sector poblacional;
11. Un representante de los Consejos Regionales de las Regiones Autónomas del Atlántico Norte y Atlántico Sur;
12. Un representante de los Organismos No Gubernamentales, legalmente constituido, acreditado por el Ministerio de la Familia y vinculados al tema;
13. Un representante del Consejo Superior de la Empresa Privada;
14. Iglesia
15. Un representante del Consejo Nacional de Universidades

Artículo 7.- El Consejo contará con una Secretaría Ejecutiva adscrita al Ministerio de la Familia y deberá reunirse seis veces al año en sesión plenaria ordinaria, a fin de revisar el cumplimiento de sus objetivos.

Artículo 8.- Son funciones del Consejo Nacional del Adulto Mayor:

1. Estimular la integración del adulto mayor a la vida familiar, social y al desarrollo del país;
2. Velar y asegurar que el adulto mayor cumpla con sus deberes y disfrute plenamente de los derechos y libertades consagradas en la Constitución Política y en las demás leyes de la República;

3. Proponer las políticas y los planes nacionales en materia de protección y atención integral del adulto mayor;
4. Participar, en coordinación con las instituciones gubernamentales, no gubernamentales y la Sociedad Civil en general, en la implementación de las políticas de Estado en materia de protección y atención integral del adulto mayor;
5. Evaluar anualmente los programas, proyectos y servicios a los adultos mayores, que ejecutan las instituciones públicas y privadas;
6. Promover la actualización de la legislación nacional, necesaria para el cumplimiento efectivo de los derechos y deberes del adulto mayor.

DEMANDAN UNA LEY PARA EL ADULTO MAYOR

Este grupo de profesionales solicita un compromiso por parte de los candidatos presidenciales de impulsar y facilitar el desarrollo de acciones desde el Estado, en beneficio de los Adultos Mayores, además del respeto de sus derechos y el reconocimiento de sus aportes a la sociedad.

Demandan que el Consejo Nacional del Adulto Mayor sea un órgano funcionalmente activo, con recursos para su funcionamiento, organización y gestión. Que se comprometa a crear una “Ley del Adulto Mayor” en la cual se contemple nuestros derechos en el marco de los acuerdos que el gobierno ha avalado en los foros mundiales.

Lo único que pedimos que se reconozca y se valore nuestro aporte a la sociedad y a la economía de nuestro país, esto dicho por el doctor Humberto López, dando a relucir que muchas son las necesidades del Adulto Mayor y pocas las respuestas a estos problemas.

Resalto López que solo existen 14 asilos de ancianos en el país, que albergan a 800 personas, pero esto es solo una parte del problema. Si uno consigue trabajo el Estado no nos protege con una pensión, y los que ya son jubilados reciben una asignación tan misérrima, que mas bien es afrentosa, pues ni siquiera alcanza para la canasta básica.

Es necesario formular y aplicar políticas a nivel internacional, regional y nacional para realizar la vida de las personas de edad como individuos, a fin de que espiritual y físicamente, disfruten plena y libremente de sus años avanzados en paz, salud y seguridad.

Reconocen SOLAMENTE también, que la calidad de vida no es menos importante que la longevidad y que por consiguiente, las personas de edad deben en la medida posible, disfrutar en el seno de sus propias familias y comunidades una vida plena, saludable, segura y satisfactoria y ser estimados como parte integrante de la sociedad.

USO DEL EUROQOL COMO MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR.

DESCRIPCIÓN

El desarrollo de este instrumento está basado en los trabajos de un equipo multidisciplinario de 5 países (Inglaterra, Finlandia, Holanda, Suecia y Dinamarca), que comenzaron en 1988 y que culminaron con el desarrollo de la primera versión¹ del EuroQol en 1990. Ésta constaba de 6 dimensiones. En 1.991 se realizó la versión actual² (EQ-5D) que consta de tan solo 5 dimensiones.

El objeto de los autores era disponer de un instrumento sencillo, que describiera la calidad de vida asociada a la salud. En nuestro país, el grupo liderado por el Dr. X. Badia, llevó a cabo su validación³ y es el responsable del desarrollo del instrumento en nuestro medio. Ha publicado excelentes trabajos sobre el mismo.

El instrumento está diseñado para administrarse por correo, pero en nuestro país se ha aplicado de forma auto administrada en presencia de un entrevistador. Consta de cuatro partes:

Primera: descripción del estado de salud en cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión). El entrevistado debe elegir para cada una de ellas entre tres niveles de gravedad ("sin problemas", "algunos/moderados problemas" y "muchos problemas") que describan su estado de salud "en el día de hoy". Cada respuesta se codifica como 1, 2 ó 3 respectivamente. Con estos datos se establece el estado de salud del individuo mediante un número de 5 dígitos (uno por cada dimensión estudiada). Cada uno de los componentes de este número puede adoptar, por tanto, los valores 1, 2 ó 3. Con este sistema se pueden codificar 243 (3⁵) estados teóricos de salud distintos.

Segunda: es una escala visual analógica (EVA), vertical de 20 cm de longitud, graduada de 0 a 100 y con los rótulos "peor estado de salud imaginable" y "mejor estado de salud imaginable" en las puntuaciones 0 y 100, respectivamente. Se debe marcar una línea desde el 0 hasta el nivel que mejor indique su estado de salud "en el día de hoy".

Tercera: diseñada para obtener valores individuales de puntuación para los estados de salud descritos. Se presentan una serie de estados de salud definidos y en una EVA se debe indicar como describiría cada uno de ellos. Se muestran 16 estados de salud y además los de "inconsciente" y "muerte". Con estos datos se obtiene una valoración "social" de cada estado de salud y se construye una "tarifa" para cada uno de ellos. Estos

datos pueden darse de forma ajustada o no (directamente de los valores obtenidos de la EVA).

Cuarta: información personal sobre el encuestado.

INTERPRETACIÓN.

El EQ-5D proporciona un índice único, representativo del estado de salud. Se pueden obtener 243 estados distintos, si bien en la práctica algunos de ellos resultan altamente improbables. Con estos datos se puede elaborar el perfil de los encuestados, ya sea a través del tiempo para un único individuo, como transversalmente para un grupo.

Los estados de salud pueden transformarse en un “valor índice” o “tarifa” para conseguir una cuantificación de los mismos. Las tarifas obtenidas por la valoración de los estados de salud (con la parte tercera del cuestionario) en población general se llaman “tarifas sociales” y expresan las preferencias de la población por un determinado estado de salud, incluidos los de “inconsciente” y “muerte”, difíciles de obtener por la aplicación del EQ-5D.

Las tarifas pueden originarse por dos sistemas distintos: aplicación de EVA y por “equivalencia temporal” (ET). En este último método se valora el estado de salud, no como algo estático, sino como un concepto que abarca periodos de tiempo, y está ideado para hacer intercambios entre periodos de tiempo peores por otros mejores.

Los valores de tarifa varían entre 1 y -1, asignando a los estados de “salud perfecta” (11111) el valor de 1 y al de “muerte” el de 0. El valor inconsciente recibe una puntuación de -0,1304 por EVA y de -0,5085 por ET.

Los autores recomiendan su utilización para:

- obtener un perfil descriptivo del estado de salud individual (código 5 dígitos).
- proporcionar perfiles de salud (código 5 dígitos).
- medida del valor social del estado de salud (tarifas)
- medida individual de valoración del propio estado de salud (EVA).

Los autores también proponen el emplearlo como un instrumento dinámico, capaz de valorar cambios en los estados de salud.

Puede ser utilizado tanto por especialistas sanitarios clínicos, investigadores, como por personal administrativo (gerentes sanitarios,

financieros). Actualmente se está empleando en más de 70 áreas sanitarias diferentes y en casi todas las especialidades médicas.

Si bien los autores lo recomiendan en cualquier tipo de población, parece obtener mejor rentabilidad en comunidades con mayor morbilidad.

Existen otras escalas que proporcionan también un índice único de salud, como “Kaplan’s Quality of Well-Being Scale” y “Rosser’s Disability and Distress Scale” y algunos autores recomiendan tener mucha prudencia al elegir un instrumento u otro.

La aplicación de estudios longitudinales debe hacerse evaluando, con prudencia, cada caso en concreto. Se ha sugerido el añadir un ítem que explorara “actividad cognitiva” para incrementar la sensibilidad del cuestionario.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS.

➤ Fiabilidad:

La fiabilidad test-retest de la versión original oscila entre 0.69 y 0.94, y la de la versión actual¹¹ entre 0.86 y 0.90.

➤ Validez:

Posee una buena correlación con el SF-36, salvo en el área de “estado funcional psicológico”.

El Euroqol (EQ) y el Perfil de Salud de Nottingham (PSN) son cuestionarios genéricos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud. El EQ describe el estado de salud con cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, y ansiedad/depresión), cada una de las cuales se define con tres niveles de gravedad. También consta de una Escala Visual Analógica (EVA) milimetrada en la que el sujeto debe puntuar su estado de salud en el día de la encuesta, siendo los extremos de la escala el peor estado de salud imaginable (0) y el mejor estado de salud imaginable (100). El PSN consta de una serie de ítems a los que se contesta Sí o No y que se agrupan para formar seis dimensiones (energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social). Cada dimensión adquiere una puntuación de 0 a 100, cuanto mas alta sea la puntuación, mayores serán los problemas con ella.

Criterios de exclusión:

- Se excluyeron todas aquellas personas de la tercera edad que no tengan lucidez completa.
- También se excluyeron aquellas personas que no quisieron participar en la encuesta

Fuente de información: Primaria

Método de recolección de la información:

La recolección de la información se efectuó sobre la base de una encuesta previamente elaborada, la cual permitió recopilar todos los datos del adulto mayor para evitar sesgos.

Los resultados de esta información se procesaron en diferentes paquetes estadísticos aplicando medidas de frecuencia y porcentaje; y los resultados se expondrán en tablas y gráficos para su debida interpretación.

Técnicas y procedimiento de recolección de la información:

Para la recolección de la información se consideraron los objetivos específicos y se realizaron las siguientes actividades:

1. Elaboración de un instrumento con preguntas abiertas para entrevistas a informante claves.
2. Validación del instrumento de preguntas abiertas.
3. Selección de informantes claves.
4. Entrevistas a informantes claves.
5. Selección del grupo de estudio conformado por 20 adultos mayores de la casa hogar San Antonio, Masaya.
6. Recolección de la información de los adultos mayores.

ENUMERALIZACION DE LAS VARIABLES

- 1) NOMBRE
- 2) EDAD
- 3) SEXO
- 4) LUGAR DE NACIMIENTO
- 5) ESCOLARIDAD
- 6) OCUPACIÓN LABORAL
- 7) CONDICIÓN HABITACIONAL
- 8) PRESTACIONES DE JUBILACIÓN
- 9) SEGURO SOCIAL
- 10)INGRESOS ECONÓMICOS
- 11)NIVEL INGRESOS
- 12)HIJOS VIVOS
- 13)SITUACIÓN SOCIAL DE LOS HIJOS
- 14)NECESIDADES DEL ANCIANO
- 15)MALTRATO
- 16)ROL AMICAL
- 17)SERVICIOS BRINDADOS
- 18)TAREAS CASERAS
- 19)HACER COMPRAS
- 20)ENFERMEDAD
- 21)TRATAMIENTO
- 22)DOLOR O MOLESTIA
- 23)SIGNOS Y SÍNTOMAS PATOLÓGICOS

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

- **Con respecto al primer objetivo seleccionamos las variables siguientes:**

- 1) Nombre
- 2) Edad
- 3) Sexo
- 4) Lugar de nacimiento
- 5) Escolaridad
- 6) Ocupación laboral
- 7) Condición habitacional
- 8) Prestaciones de Jubilación
- 9) Seguro social
- 10) Ingresos Económicos
- 11) Nivel ingresos
- 12) Hijos vivos
- 13) Situación social de los hijos
- 14) Necesidades del anciano
- 15) Maltrato
- 16) Rol amical

- **Con respecto al segundo objetivo seleccionamos las variables siguientes:**

- 1) Vestirse
- 2) Desvestirse
- 3) Bañarse
- 4) Necesidades higiénicas

- **Con respecto al tercer objetivo seleccionamos las variables siguientes:**

- 1) Servicios brindados

- **Con respecto al cuarto objetivo seleccionamos las variables siguientes:**

- 1) Tareas caseras
- 2) Hacer compras

- **Con respecto al quinto objetivo seleccionamos las variables siguientes:**

- 1) Enfermedad
- 2) Tratamiento
- 3) Dolor o molestia
- 4) Signos y Síntomas patológicos

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALAS
Nombre	Palabra con la que se designa una persona o cosa para distinguirlas de las demás espacios.	Encuestas de recolección de datos	Nombre Femenino Nombre Masculino
Edad	Tiempo cronológico en años desde el nacimiento hasta la aparición de caracteres secundarios.	Encuestas de recolección de datos	60-95 años
Sexo	Características fenotípicas que distinguen al individuo.	Encuestas de recolección de datos	Femenino Masculino
Lugar de nacimiento	Es la entidad federal, país o territorio extranjero donde nació la persona empadronada.	Encuestas de recolección de datos	Nicaragua Extranjero
Escolaridad	Estudios realizados por las personas que se están estudiando.	Encuestas de recolección de datos	Ninguno Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior completa Superior incompleta.

Ocupación laboral pasada.	Es la acción en la cual se ocupó un trabajo, empleo, oficio o cargo en un lugar determinado	Encuestas de recolección de datos	Ama de casa Obrero Empleado publico Comerciante Profesional
Condición habitacional actual	Es la situación en la que actualmente está viviendo la persona empadronada donde reside a la fecha.	Encuestas de recolección de datos	Internado Albergue: privado publico
Pensiones de jubilación	Es la obligación que el asegurador tiene frente al asegurado la prestación puede ser una cantidad de dinero o la realización de un determinado.	Encuestas de recolección de datos	SI NO
Seguro social	Se denomina así el sector asegurador al conjunto de obligaciones que tiene el asegurador respecto al asegurado en caso de siniestro, singularmente en el aspecto económico.	Encuestas de recolección de datos	SI NO
Nivel de ingreso Económico	Cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo dado. Son fuentes de ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos etc.	Encuestas de recolección de datos	No recibe Su familia Sus ahorros de trabajo Sus amigos Programas sociales

Hijos vivos	Es la cantidad de hijos que aun no han muerto y que continúan con vida.	Encuesta de recolección de datos	No tiene vivos N° de hijos vivos
Situación social de los hijos.	Es la situación determinada por sus relaciones de familia, o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Encuestas de recolección de datos	Solteros Casados No tiene contactos con sus hijos
Necesidades del anciano	Es la necesidad de ayuda o asistencia para las actividades de la vida cotidiana en el que se encuentran las personas por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual.	Encuestas de recolección de datos	Habitacional Alimenticias Medicas Pensiones económicas
Maltrato	Puede definirse como toda acción u omisión que de manera directa o indirecta, cause daño físico o psicológico.	Encuestas de recolección de datos	Insultos o gritos Amenazas o chantajes Golpes o empujones
Rol amical	Es el rol que tiene el individuo en las relaciones interpersonal de afecto entre seres humanos.	Encuestas de recolección de datos	Sociable-solitario Seguro-ansioso Feliz-triste Abierto-cerrado Cálido-frío Exitoso-tenso Activo-fracasado Interesado-pasivo.

Vestirse	Cubrir su cuerpo con vestidos con habilidad propia, sin necesidad de segundas persona.	Encuestas de recolección de datos	Siempre A veces Nunca
Desvestirse	Descubrir el cuerpo de vestidos por acción propia.	Encuestas de recolección de datos	Siempre A veces Nunca
Bañarse	Meter el cuerpo o parte de él en agua o líquido, por limpieza o con un fin medicinal.	Encuestas de recolección de datos	Siempre A veces Nunca
Necesidades higiénicas	Evacuación corporal de orina o de heces por un impulsos fisiológicos.	Encuestas de recolección de datos	Siempre A veces Nunca
Servicios brindados	Es la prestación de servicios sanitarios, educativos, protección social de la vivienda, asistencia social etc.	Encuestas de recolección de datos	Alimentación Atención en salud Recreaciones Educativas Laborales

Tareas caseras	Trabajos que se realizan dentro de la casa con fines propios.	Encuesta de recolección de datos	Barrer Cargar cosas
Hacer compras	Realizar o ejecutar la acción expresada, en este caso comprar lo deseado o lo que se necesita.	Encuestas de recolección de datos	Casi siempre A veces Rara veces Nunca
Enfermedad	La enfermedad es un proceso consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud.	Encuestas de recolección de datos	HTA Diabetes Artritis Reumatoidea Demencia senil Depresión Catarata Otros.
Tratamiento	Conjuntos de medios que se emplean para aliviar o curar una enfermedad.	Encuestas de recolección de datos	SI NO
Dolor o molestias	Sensación molesta o aflictiva de una parte del cuerpo por causa exterior o interior.	Encuestas de recolección de datos	SI NO
Signos y síntomas patológicos	Indicio o señal de una alteración de los sistemas o bien un fenómeno revelador de una enfermedad.	Encuestas de recolección de datos	Dolor de garganta Tos con flema Dolor abdominal Diarrea Picazón en el cuerpo Dolor de cabeza Falta de apetito.

RESULTADOS

TABLA #1 Relación de los grupos etarios y el sexo en frecuencia y porcentaje en los adultos mayor de la casa hogar "San Antonio, Masaya. Octubre a Diciembre 2009.

Edades	Femenino		Masculino		Total %	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
60-70 años	0	0%	4	20%	4	20%
70-80 años	8	40%	1	5%	9	45%
80-90 años	2	10%	2	10%	4	20%
90-95 años	0	0%	3	15%	3	15%
Total	10	100%	10	100%	20	100%

Fuente: ENCUESTA

TABLA #2 Relación entre el nivel de educación y sexo en frecuencia y porcentaje en los adultos mayores de la casa hogar "San Antonio", Masaya. Octubre a Diciembre 2009.

Escolaridad	Femenino		Masculino		Total %	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Ninguno	6	30%	4	20%	10	50%
Primaria	1	5%	3	15%	4	20%
Secundaria	0	0%	2	10%	2	10%
Superior	3	15%	1	5%	4	20%
Total	10	100%	10	100%	20	100%

Fuente: ENCUESTA

TABLA #3 Relación de la situación social actual y el sexo en frecuencia y porcentaje en los adultos mayores de la casa hogar "San Antonio", Masaya. Octubre a Diciembre 2009.

Condición habitual actual	Femenino		Masculino		Total %	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Albergue publico	10	50%	10	50%	20	100%
Albergue privado	0	0%	0	0%	0	0%
Total	10	100%	10	100%	20	100%

Fuente: ENCUESTA

TABLA #4 Relación de prestaciones de jubilación y seguro social según sexo en frecuencia y porcentaje en los adultos mayores de la casa hogar "San Antonio", Masaya. Octubre a Diciembre 2009.

	Prestaciones de jubilación				Seguro Social				Total %			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Si	2	10	3	15	0	0	0	0	2	10	3	15
No	8	40	7	35	10	50	10	50	8	90	7	85
Total	10	100	10	100	10	100	10	100	10	100	10	100

Fuente: ENCUESTA

TABLA #5 Relación de las características familiares según sexo en frecuencia y porcentaje en los adultos mayores de la casa hogar “San Antonio”, Masaya. Octubre a Diciembre 2009.

Hijos vivos	Femenino		Masculino		Total %	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Ninguno	5	25%	0	0%	5	25%
1--3 hijos	3	15%	5	25%	8	40%
3 —5 hijos	2	10%	5	25%	7	35%
Total	10	100%	10	100%	20	100%

Fuente: ENCUESTA

TABLA #6 Relación de las necesidades del anciano cubierta por los hijos y el sexo en frecuencia y porcentaje en los adultos mayores de la casa hogar “San Antonio”, Masaya. Octubre a Diciembre 2009.

Necesidades del anciano cubierta por los hijos	Femenino		Masculino		Total %	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
No tiene contacto con los hijos	5	25%	8	40%	13	65%
Habitacionales	0	0%	0	0%	0	0%
Alimenticias	1	5%	2	10%	3	15%
Medicas	0	0%	0	0%	0	0%
Pensiones económicas	4	20%	0	0%	4	20%
Total	10	100%	10	100%	20	100%

Fuente: ENCUESTA

TABLA #7 Según sexo sino vive con su familia cuantas veces lo visitan al adulto mayor de la casa hogar “San Antonio”, Masaya. Octubre a Diciembre 2009.

Sino vive con su familia cuantas veces lo visitan	Femenina		Masculina		Total %	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Nunca	4	20%	5	25%	9	45%
Una vez	1	5%	5	25%	6	30%
2-5 veces	5	25%	0	0%	5	25%
Más de 5 veces	0	0%	0	0%	0	0%
Total	10	100%	10	100%	20	100%

Fuente: ENCUESTA

TABLA #8 Relación sociales según sexo en frecuencia y porcentaje de los adultos mayores de la casa hogar “San Antonio”, Masaya. Octubre a Diciembre 2009.

Personas en promedio que, conoce y frecuenta	Femenino		Masculino		Total %	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Ninguna	2	10%	1	5%	3	15%
Personas del asilo	8	40%	9	45%	17	85%
Total	10	100%	10	100%	20	100%

Fuente: ENCUESTA

TABLA #9 Relación de grupos amigables y el sexo en frecuencia y porcentaje de los adultos mayores de la casa hogar "San Antonio", Masaya. Octubre a Diciembre 2009.

Amigos con los que conversan	Femenino		Masculino		Total %	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Ninguno	3	15%	4	20%	7	35%
Un amigo	2	10%	0	0%	2	10%
2-3 amigo	0	0%	2	10%	2	10%
3-5 amigo	2	10%	2	10%	4	20%
Más de 5 amigo	3	15%	2	10%	5	25%
Total	10	100%	10	100%	20	100%

Fuente: ENCUESTA

TABLA #10 Relación de las actividades físicas y el sexo y porcentaje en los adultos mayores de la casa hogar "San Antonio", Masaya. Octubre a Diciembre 2009.

Actividades físicas (jardinería, juegos de azar etc.)	Femenino		Masculino		Total %	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Casi diario	0	0%	2	10%	2	10%
Una vez a la semana	0	0%	0	0%	0	0%
Una vez al mes	0	0%	0	0%	0	0%
Nunca	10	50%	8	40%	18	90%
Total	10	100%	10	100%	20	100%

Fuente: ENCUESTA

Nivel de calidad de vida del Adulto Mayor

TABLA #11 a Relación del estado anímico en frecuencia y porcentaje de los adultos mayores según sexo de la casa hogar "San Antonio", Masaya. Octubre a Diciembre 2009

	Siente que ha desperdiciado su vida				Esta insatisfecho con su vida				Siente que no merece vivir así				Siente que su vida no tiene sentido				Total %	
	Femenino		Masculino		Femenino		masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	Masculino
	Fre c	%	Fre c	%	Fre c	%	Fre c	%	Fre c	%	Fre c	%	Fre c	%	Fre c	%		
Casi diario	4	10%	3	7.5%	3	7.5%	6	15%	4	10%	5	12.5%	2	5%	3	7.5%	32.5	42.5
1-3 veces por semana	0	0%	1	2.5%	0	0%	0	0%	1	2.5%	1	2.5%	1	2.5%	0	0%	5	5
Rara veces	1	2.5%	5	12.5%	2	5%	1	2.5%	2	5%	4	10%	3	7.5%	4	10%	20	35
Nunca	5	12.5%	1	2.5%	5	12.5%	3	7.5%	3	7.5%	0	0%	4	10%	3	7.5%	42.5	17.5
Total %	10	25%	10	25%	10	25%	10	25%	10	25%	10	25%	10	25%	10	25%	100%	100%

Fuente: ENCUESTA

Nivel de calidad de vida del Adulto Mayor

TABLA #11 b Relación del estado anímico en frecuencia y porcentaje de los adultos mayores de la casa hogar "San Antonio", Masaya. Octubre a Diciembre 2009.

	Siente que su familia no lo quieren				Se siente inútil, un estorbo para los demás				Siente soledad, desesperanza o confusión con su vida				Siente el cuerpo débil, adolorido				Total %	
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	Masculino
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%		
Casi diario	0	0%	1	2.5%	1	2.5%	4	10%	4	10%	5	12.5%	4	10%	2	5%	22.5	30
1-3 veces por semana	1	2.5%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2.5%	0	0%	1	2.5%	1	2.5%	7.5	2.5
Rara veces	3	7.5%	4	10%	2	5%	0	0%	3	7.5%	1	2.5%	4	10%	4	10%	30	22.5
Nunca	6	15%	5	12.5%	7	17.5%	6	15%	2	5%	4	10%	1	2.5%	3	7.5%	40	45
Total %	10	25%	10	25%	10	25%	10	25%	10	25%	10	25%	10	25%	10	25%	100%	100%

Fuente: ENCUESTA

TABLA#12

Relación en el que se refleja la presencia de alguna enfermedad, si han recibido tratamiento o si han presentado dolor o alguna molestia, según el sexo, pertenecientes a la casa Hogar San Antonio en el periodo comprendido de Octubre a Diciembre del 2009.

Respuestas	Enfermedad				Tratamiento				Dolor o molestia			
	Fem		Masc		Fem		Masc		Fem		Masc	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
SI	6	60%	5	50%	5	50%	5	50%	6	60%	7	70%
NO	4	40%	5	50%	5	50%	5	50%	4	40%	3	30%
Total	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%

Fuente: ENCUESTA

TABLA#13

Relación sobre si han consumido en el último mes medicamentos o alguna droga sin receta según el sexo, pertenecientes a la casa Hogar San Antonio en el periodo comprendido de Octubre a Diciembre del 2009.

Medicamento o droga	Femenino		Masculino		Total
	Fr	%	Fr	%	
SI	3	15%	3	15%	30%
NO	7	35%	7	35%	70%
Total	10	50%	10	50%	100%

Fuente: ENCUESTA

TABLA#14

Relación sobre si sienten resentimiento por alguna ofensa recibida años atrás por algún familiar o persona según el sexo, pertenecientes a la casa Hogar San Antonio en el periodo comprendido de Octubre a Diciembre del 2009.

Resentimiento	Femenino		Masculino		Total
	Fr	%	Fr	%	
Casi diario	0	0	3	15%	15%
1 a 3 veces/semana	1	5%	1	5%	10%
Raras veces	3	15%	2	10%	25%
Nunca	6	30%	4	20%	50%
Total	10	50%	10	50%	100%

Fuente: ENCUESTA

TABLA#15

Relación en los cuales expresan si sienten cólera o rabia por algún familiar o algún amigo que les hizo daño, según el sexo, pertenecientes a la casa Hogar San Antonio en el periodo comprendido de Octubre a Diciembre del 2009.

Cólera o rabia	Familiar				Amigo				Total			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Casi diario	1	5%	4	20%	0	0	1	5%	1	5%	5	25%
De 1 a 3 veces/sem	0	0	0	0	1	5%	0	0	1	5%	0	0
Raras veces	4	20%	4	20%	1	5%	1	5%	5	25%	5	25%
Nunca	5	25%	2	10%	8	40%	8	40%	13	65%	10	50%
Total	10	50%	10	50%	10	50%	10	50%	20	100%	20	100%

Fuente: ENCUESTA

TABLA#16

Relación en el cual los adultos mayores consideran que sus hijos han sido mal agradecidos, según por sexo, pertenecientes a la casa Hogar San Antonio en el periodo comprendido de Octubre a Diciembre del 2009

Hijos malagradecidos	Femenino		Masculino		Total
	Fr	%	Fr	%	
Casi diario	0	0	4	20%	20%
1 a 3 veces/semana	0	0	0	0	0
Raras veces	0	0	0	0	0
Nunca	10	50%	6	30%	80%
Total	10	50%	10	50%	100%

Fuente: ENCUESTA

TABLA#17

Relación en el cual se determina la habilidad motora según el sexo, pertenecientes a la casa Hogar San Antonio en el periodo comprendido de Octubre a Diciembre del 2009.

Respuestas	Se viste/desviste solo				Se baña y hace sus necesidades solo				Total			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Siempre	8	40%	10	50%	7	35%	9	45%	15	75%	19	95%
A veces	0	0	0	0	1	5%	1	5%	1	5%	1	5%
Nunca	2	10%	0	0	2	10%	0	0	4	20%	0	0
Total	10	50%	10	50%	10	50%	10	50%	20	100%	20	100%

Fuente: ENCUESTA

Tabla#18

Relación en el cual se valora la dependencia social del adulto mayor en la realización de tareas caseras solo , según el sexo, pertenecientes a la casa Hogar San Antonio en el periodo comprendido de Octubre a Diciembre del 2009.

Tareas caseras	Femenino		Masculino		Total
	Fr	%	Fr	%	
Casi diario	0	0	5	25%	25%
1 a 3 veces/semana	2	10%	1	5%	15%
Raras veces	0	0	0	0	0
Nunca	8	40%	4	20%	60%
Total	10	50%	10	50%	100%

Fuente: ENCUESTA

TABLA#19

Relación en el cual se valora la atención institucional de los servicios brindados al adulto mayor, según el sexo, pertenecientes a la casa Hogar San Antonio en el periodo comprendido de Octubre a Diciembre del 2009.

Alimentación	Femenino		Masculino		Total
	Fr	%	Fr	%	
Muy bueno	1	5%	1	5%	10%
Bueno	5	25%	5	25%	50%
Regular	4	20%	4	20%	40%
Total	10	50%	10	50%	100%

Fuente: ENCUESTA

TABLA#20

Relación en el cual se valora la atención institucional de los servicios brindados al adulto mayor, según el sexo, pertenecientes a la casa Hogar San Antonio en el periodo comprendido de Octubre a Diciembre del 2009.

Atención medica	Femenino		Masculino		Total
	Fr	%	Fr	%	
Muy bueno	0	0	1	5%	5%
Bueno	10	50%	8	40%	90%
Regular	0	0	1	5%	5%
Malo	0	0	0	0	0
Total	10	50%	10	50%	100%

Fuente: ENCUESTA

TABLA#21

Relación en el cual se valora el apoyo social que se le brinda al adulto mayor, según el sexo, pertenecientes a la casa Hogar San Antonio en el periodo comprendido de Octubre a Diciembre del 2009.

Palabras cariñosas, besos, abrazos etc.	Femenino		Masculino		Total
	Fr	%	Fr	%	
Siempre	7	35%	5	25%	60%
A veces	2	10%	1	5%	15%
Nunca	1	5%	4	20%	25%
Total	10	50%	10	50%	100%

Fuente: ENCUESTA

TABLA#22

Relación en el que se valora el apoyo social que recibe el adulto mayor según el sexo, pertenecientes a la casa Hogar San Antonio en el periodo comprendido de Octubre a Diciembre del 2009.

Respuestas	Lo escuchan si tiene problemas				Recibe respeto y consideración				Recibe apoyo económico, medico			
	Fem		Masc		Fem		Masc		Fem		Masc	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Siempre	8	80%	7	70%	10	100%	9	90%	3	30%	4	40%
A veces	1	10%	2	20%	0	0	1	10%	3	30%	3	30%
Nunca	1	10%	1	10%	0	0	0	0	4	40%	3	30%
Total	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%

Fuente: ENCUESTA

TABLA#23

Relación en el cual se valora el apoyo social que se le brinda al adulto mayor según el sexo, pertenecientes a la casa Hogar San Antonio en el periodo comprendido de Octubre a Diciembre del 2009.

Recibe atención y compañía agradable	Femenino		Masculino		Total
	Fr	%	Fr	%	
Siempre	7	35%	7	35%	70%
A veces	2	10%	1	5%	15%
Nunca	1	5%	2	10%	15%
Total	10	50%	10	50%	100%

Fuente: ENCUESTA

Análisis de los resultados

En relación a los grupos etarios se realizó un estudio en la casa hogar San Antonio, Masaya con una muestra de 20 adultos mayores, encontrándose que el 45% eran de 70-80 años y compartiéndose un segundo lugar con un 20% de 60-70 y de 80-90 años y un 15% de 90-95 años. (Ver cuadro #1).

Se encontró que el 50% de los adultos mayores no habían cursado ningún nivel de escolaridad, un 20% curso primaria y compartiéndose un tercer lugar con un 15% secundaria y estudios superiores. (Ver cuadro #2).

El 100% de los adultos mayores habitan en la casa hogar San Antonio, Masaya. (Ver cuadro #3).

Con respecto a las prestaciones de jubilación y el seguro social solo el 10% de las mujeres posee este servicio un 90% de las mujeres no tienen prestaciones; en relación con los varones el 15% posee este servicio y un 85% no tiene prestaciones. (Ver cuadro #4).

En relación a las características familiares y el grupo etario el 40% de los adultos mayores tuvieron 1-3 hijos, un 35% 3-5 hijos y no tuvieron ningún hijo el 25%. (Ver cuadro #5).

Referente a las necesidades del adulto mayor cubierta por los hijos el 65% no tiene contacto con ellos, un 20% los cubre sus pensiones y un 15% los hijos. (Ver cuadro #6).

El 45% de los adultos mayores no recibe visita de sus familiares, un 30% lo visitan una vez al mes y un 25% lo visitan 2-5 veces al mes. (Ver cuadro #7).

Mantienen relaciones sociales y amigales un 85% y un 15% refiere que no tiene ningún tipo de amistad (Ver cuadro #8).

El 35% de los adultos mayores no conversan con ningún amigo, un 25% conversa con más de 5 amigos, un 20% conversa con 3-5 amigos y compartiéndose un cuarto lugar con un 10% conversa con 2-3 amigos y otros con ninguno. (Ver cuadro #9).

Según las actividades físicas que realiza el adulto mayor solo el 10% efectúa y 90% no realiza ningún tipo de actividades. (Ver cuadro #10).

En cuanto al estado anímico en relación si han desperdiciado su vida, o esta insatisfecho con la misma, consideran que no merece vivir y que su vida no tiene sentido se encontró que el 42.5% de mujeres refieren que nunca se han sentido así, el 32.5% de ellas lo han sentido casi diario, un 20% lo han sentido raras veces y solo un 5% de ellas se han sentido así de 1-3 veces por semanas; A diferencia del sexo masculino se encontró que un 42.5% se asentido así casi diario, un 35% refiere haberlo sentido rara veces, un 17.5% refiere que nunca y de igual manera al sexo femenino solo un 5% refiere haberlo sentido 1-3 veces por semanas .
(Ver cuadro #11a).

Por otro lado a que si siente que su familia no lo quieren, son inútil, estorbo para los demás, sienten soledad, desesperanza o confusión con su vida, su cuerpo débil y adolorido encontramos que el 45% de los hombres nunca se han sentido así, un 30% lo han sentido casi diario, un 22.5% lo han sentido raras veces y un 2.5% lo han sentido de 1-3 veces por semanas. En relación al sexo femenino el 40% nunca se han sentido un estorbo, un 30% de ellas lo han experimentado raras veces, un 22.5% lo han sentido casi diario y un 7.5% de ellas lo han sentido de 1-3 veces por semanas.
(Ver cuadro #11b).

Referente a la salud orgánica de los adultos mayores se encontró que un 60% de las mujeres refieren que SI han presentado una enfermedad y un 40% de ellas mencionan que NO, por otro lado en el sexo masculino se encontró que el 50% dijo SI tener una enfermedad y el otro 50% refirió que NO. Continuando con que si reciben tratamiento se identifico que el 50% de las mujeres dijeron que SI y el otro 50% dijeron que NO; en relación al sexo masculino el 50% dijeron que SI reciben y el otro 50% dijeron que NO.

Con respecto así presentaron algún dolor o molestia el 60% de las mujeres mencionaron que SI y el 40% que NO, en comparación con el sexo masculino el 70% refieren que SI han presentado dolor o molestia y el 30% refirió que NO.
(Ver cuadro#12)

Con respecto a que si han consumido algún tipo de medicamento en el último mes sin receta médica se encontró que el 70% no consume tratamiento sin receta médica y el 30% si lo ha hecho.
(Ver cuadro#13)

En cuanto al estado emocional del adulto mayor refieren un 50% que no recuerdan con amargura alguna ofensa recibida en años pasados, pero sí un 25% lo recuerdan raras veces, el 15% si las recuerda con amargura y solo un 10% lo recuerda de 1 a 3 veces por semana.

(Ver cuadro#14)

Continuando con lo mismo se identifico que un 65% de mujeres adultas mayores refieren no sentir cólera ni rabia hacia ningún familiar ni amigo, a diferencia del sexo masculino el 50% refiere sentir lo mismo, sin embargo un 25% de mujeres y varones refieren sentir rabia rara veces, y otro 25% de varones lo siente casi diario a diferencia de las mujeres que solo un 5% lo siente casi diario y el otro 5% de una 1 a 3 veces por semana. (Ver cuadro#15)

El 80% de los adultos mayores según el sexo consideran que sus hijos no han sido malagradecidos siendo entre ellos un 50% de mujeres y un 30% de varones, por otro lado el 20% restante son varones y consideran casi diario que sus hijos son malagradecidos.

(Ver cuadro#16)

Referente a la dependencia social y familiar se encontró que el 95% de varones siempre se visten, desvisten, bañan y hacen sus necesidades solos y un 75% de mujeres lo hacen de la misma manera, por otro lado un 20% de ellas no lo pueden hacer solo y un 5% de ambos grupos lo hacen a veces.

(Ver cuadro#17)

Continuando con lo mismo el 60% de los adultos mayores según el sexo nunca realizan tareas caseras, el 25% las hace siempre y el 15% lo hace raras veces.

(Ver cuadro#18)

De acuerdo con la atención institucional el 50% de los adultos mayores refieren que la alimentación es buena, el 40% refieren que es regular y el 10% menciono que es muy buena. (Ver cuadro#19)

En relación a la atención medica que reciben el 90% mencionaron que es buena, el 5% que es muy buena y el otro 5% que es regular.

(Ver cuadro#20)

En cuanto al apoyo social que reciben los adultos mayores se identifico que el 60% recibe palabras cariñosas, besos y abrazos, el 25% nunca ha recibido cariño y el 15% refiere que a veces. (Ver cuadro#21)

Con respecto así lo escuchan cuando tiene problemas el 80% de las mujeres mencionaron que siempre, el 10% de ellas refieren que a veces y el otro 10% refieren que nunca. En relación al sexo masculino el 70% mencionaron que siempre, el 20% dijeron que a veces y el 10% mencionaron que nunca. En cuanto así reciben respeto y consideración el 100% de las mujeres dijeron que siempre en comparación al sexo masculino el 90% menciono que siempre y el 10% que a veces. En relación así reciben apoyo económico, medico, ropa etc. el 40% de las mujeres nunca reciben este tipo de apoyo, un 30% que a veces, relacionándolo con el sexo masculino el 40% menciono que siempre, un 30% que a veces y el otro 30% que nunca han recibido este apoyo. (Ver cuadro#22)

Referente a que si el adulto mayor recibe atención y compañía agradable el 70% mencionaron que siempre un 15% dijeron que a veces y el 15% restante que nunca. (Ver cuadro#23)

DISCUSION

De los 20 adultos mayores estudiado, se encontró que el grupo etario más grande está comprendido entre las edades de 70-80 años el cual corresponde a un 45% de la población en estudio.

El 50% de los adultos mayores no tienen ningún nivel de escolaridad cursado debido que en años pasado en Nicaragua solo tenían derecho al estudio los de sexo masculino siempre y cuando tuvieran un estatus económico estable.

Con respecto a las prestaciones de jubilación y el seguro social se encontró que el 90% de las mujeres no reciben ningún tipo de prestaciones, a diferencia del sexo masculino el 85% no poseen este servicio.

En un estudio realizado por la fundación nicaragüense de la tercera edad (FUNITE) se encontró que apenas el 8% de los adultos mayores están cubiertos por el seguro social y en relación con nuestro estudio solo el 5% de estas personas que habitan en la casa hogar San Antonio Masaya tiene prestaciones .

Esto lo podemos relacionar con el nivel de escolaridad que tuvieron estas personas ya que eran muy evidente en aquellos tiempos las mujeres se dedicaban a ser ama de casa lo que significan que el hombre tenga mayor ventaja para adquirir un trabajo y a su vez un beneficio por una pensión asistencial mensual.

Referente a las características familiares el 40% de estas personas tuvieron de 1-3 hijos; sin embargo el 65% de ellos, no tienen contacto con sus hijos y el 45% no recibe ninguna visita por sus familiares. Como hemos visto, el factor familiar es clave para el adulto mayor. Lamentablemente en Nicaragua muchas de estas personas son abandonadas y existe poca consciencia sobre este punto en la sociedad. Según estadísticas de las naciones unidas del año 1991, en varios países europeos la gran mayoría de las mujeres mayores de 60 años viven solas.

En cuanto a las relaciones sociales y amigables el 85% de los adultos mayores refieren no tener ninguna amistad dentro de esta institución.

Esta aprobado que una de las cosas que más valora el adulto mayor es juntarse a conversar y cultivar la amistad. Pero refiere tener amistades o más bien que tuvieron buenas relaciones sociales y amigables en un determinado tiempo.

Según las actividades físicas que debería realizar el adulto mayor el 90% de ellos no efectúan ningún tipo de actividad.

Uno de los problemas que enfrenta el adulto mayor es que hacer con su tiempo libre, hay que recordar que es importante para ellos seguir sintiéndose útiles.

En relación al estado anímico y el sexo de los adultos mayores de los 42.5% de las mujeres nunca han sentido que su vida ha sido un fracaso a diferencia del sexo masculino 42.5% si han sentido que su vida es un fracaso.

Continuando con el estado anímico de estas personas según las relaciones familiares se identifico que el 45% de los varones nunca se han sentido que son un estorbo en relación a las mujeres el 40% menciona que nunca se han sentido así.

Estos resultados no concuerdan con lo que se percibe al dialogar con ellos porque su realidad es otra. Actualmente no se encuentra insatisfecho por el abandono en el que se encuentran. Por lo que consideramos que estas personas si han sido un estorbo tanto para la sociedad como para sus propios familiares.

Referente a la salud orgánica de los adultos mayores se encontró que el 60% de las mujeres y un 50% de los varones presentan una enfermedad lo cual es muy usual a su edad. Entre los padecimientos que más afectan a este grupo etáreo podemos mencionar la HTA, Diabetes, Artritis reumatoidea entre otros, por lo tanto se debería tener un estricto control de las presiones y la glucosa en los centros de salud de forma periódica sin embargo la institución no cuenta con personal capacitado para atender algún tipo de emergencia, y en muchas ocasiones han sido llevados a los centros de salud donde han carecido de una adecuada atención medica. En otros países existen programas públicos de salud que establecen que los adultos mayores deberían tener al menos dos visitas domiciliarias lo cual aquí no se hace.

En cuanto así reciben tratamiento se identifico que el estudio fue equitativo en hombres y mujeres ya que en ambos grupos se encontró que el 50% refieren que si reciben tratamiento. Con respecto a si han presentado algún dolor o molestia el 60% de las mujeres y el 70% de los varones refirieron que si, lo cual es muy evidente en este grupo de personas, no hay que olvidar que a su edad sufren un sin números de cambios fisiológicos lo cual los hace más vulnerable a las enfermedades.

En relación a si han consumido algún tipo de medicamento se encontró que el 70% no lo hace ya que a pesar de las carencias de personal, la institución hace su mayor esfuerzo para asistir a los adultos mayores que presentan alguna patología llevándolos a los centros de salud para disponer de su medicamento autorizado por el médico.

En el estado emocional se encontró que el 50% de los adultos mayores no recuerdan con resentimiento las ofensas recibidas en años pasados. Continuando con lo mismo se identifico que el 65% de las mujeres no refieren cólera ni rabia hacia ningún familiar ni amigo y por el lado del sexo masculino el 50% refieren sentir lo mismo. Por otro lado el 80% de los adultos mayores refieren que sus hijos han sido malagradecidos. Sin embargo estos resultados son contradictorios a lo que se puede percibir en ellos, ya que es evidente la soledad que los abate. En un estudio realizado por el INTA se observo que el deterioro cognitivo es inversamente proporcional al nivel educacional lo que significa que entre los que tienen una baja escolaridad, casi el 40% presentan deterioro cognitivo; en nuestro estudio esto es muy evidente ya que el grado de escolaridad es muy bajo lo que hace más comprensible que ellos no recuerden hechos pasados con amargura ni resentimiento.

En cuanto a la dependencia social se encontró que el 95% de los varones realizan sus actividades motoras solos y el 75% de las mujeres lo hacen de la misma manera. Es notorio que hay mayor dependencia en el sexo femenino, hay que recordar que las mujeres sufren mayor desgaste físico durante el embarazo, el número de parto y el número de hijos lo cual las hace más vulnerable.

Continuando, se encontró que el 60% de los adultos mayores no realizan tareas caseras lo cual se debe a muchos factores asociados a la salud y su edad lo que les hace más difícil realizar actividades cotidianas que antes hacían.

De acuerdo a la atención institucional el 90% de los adultos mayores consideran que la atención médica es buena, el 60% mencionan que reciben cariño y un 50% refieren que la alimentación es óptima. No obstante es importante reconocer que las atenciones que puede brindar la institución nunca serán suficientes, sobre todo el cariño el cual no es igual para todos por el abandono en el que se encuentran.

Con respecto así los adultos mayores son escuchados el 80% de las mujeres mencionaron que siempre y un 70% del sexo masculino respondieron igual. En relación así reciben respeto y consideración el 100% de las mujeres y el 90% de los varones respondieron que siempre. En cuanto así reciben apoyo económico, medico, ropa, el 40% tanto de mujeres como varones mencionan nunca haber recibido este apoyo. Es evidente que la excesiva carga que representa un anciano, provoca abandono y maltrato al adulto mayor. En nuestro país lamentablemente hay un alto índice de pobreza y son muy pocos los ancianos que gozan de un feliz envejecimiento por lo tanto difícilmente recibirán apoyo económico, medico, ya que la institución depende de las donaciones que recibe.

Referente a que si el adulto mayor recibe atención y compañía agradable el 70% de ellos dijeron que siempre. Esto se relaciona a las visitas que reciben de diferentes instituciones como las universidades, colegios, familiares particulares que desean ayudar entre otros, los cuales las hacen sentir alegres aunque sea por un momento.

CONCLUSIONES

Concluimos que el grupo etáreo con mayor frecuencia en nuestro estudio se corresponde al sexo masculino entre las edades de 60 a 70 años y para el sexo femenino prevalecen las edades de 70 a 80 años. Con un nivel de escolaridad de ninguna clase tanto para el sexo femenino como para el masculino, con referencia de ningún hijo para el sexo femenino y un número de hijos de 1 a 5 para el sexo masculino.

En relación al grado de movilidad el 90% tanto de hombres como mujeres no realizan ninguna actividad física, solo el 10% hace alguna actividad casera.

Dentro de las instalaciones del albergue según las encuestas dirigidas a los adultos mayores, se encontró que refieren tener un cuidado categorizado como bueno.

En relación a la realización de actividades recreativas se identificó que no reciben ningún tipo de recreación y solo el 10% puede realizar actividades caseras.

Las principales quejas que refieren los adultos mayores se mencionan las siguientes:

- a. Abandono social y familiar.
- b. Falta de actividades recreativas
- c. Falta de cariño
- d. Deficiente asistencia a la salud.

Por lo tanto concluimos que el nivel de calidad de vida de los adultos mayores es malo, en comparación con el valor significativo que tiene para otros países.

RECOMENDACIONES

Debido a la calidad de vida y la poca atención de salud que se les brinda a los adultos mayores hacemos un llamado al departamento de acción social del Gobierno o despacho de la primera dama para que se pueda realizar una campaña televisiva de sensibilización social a toda la población nicaragüense y fuera del país para así brindar una atención especial a todos los ancianos ubicados en lugares de refugio de modo que se realicen visitas, donaciones, alimentos, actividades recreativas entre otras.

Al SILAIS de Masaya que establezca un roll de visitas periódicas por lo menos dos veces al mes por parte de los centros de salud más cercanos ya que sus problemas de salud son prioritarios.

A las instituciones formadoras del personal de salud y asistencia social incluyan dentro de su pensum de formación, especialmente en el área práctica una rotación para estos lugares de asistencia a la tercera edad, con el propósito de identificar las necesidades básicas de este grupo etéreo, lo que permitirá mejorar la calidad de vida.

Solicitar a la alcaldía de los programas de atención asistencial que establezcan una atención psicológica, o dentro de sus programas de asistencia social coordinadas por alguna institución que permita asistencia psicológica periódica al menos una vez por mes al hogar de ancianos.

Solicitar a los programas de acción social de la alcaldía municipal que se establezcan relaciones con instituciones dentro y fuera del gobierno, con el objetivo de garantizar vestuarios, alimentos y recreación para mejorar la calidad de todos los adultos mayores.

BIBLIOGRAFIA

- Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A y cols. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev Panam Salud Pública 2005;17:307-322.
- Aspectos bioéticos de la calidad de vida. Colectivo de autores. Cuadernos de Bioética, 1994.
- Ayuso Gutiérrez JL. La depresión senil: aspectos clínicos y terapéuticos. Salud Global; 2002; II:1-7.
- Ballesteros C. Trastornos depresivos. En: Ortiz L, Martín Carrasco M, Cervilla
- Ballesteros J. Psiquiatría Geriátrica. Barcelona: Masson; 2002, pp. 333-358.
- Brooks R, with the EuroQol Group. EuroQol: the current state of play. Health Policy, 1996; 37: 53-72. Un mundo que envejece. Datos y cifras. El Correo de la UNESCO, 20, octubre, 1982.
- Buendía J. y Riquelme, A. (1997). Residencias para ancianos ¿solución o problema? Gerontología y Salud. Cap. XI. Biblioteca Nueva. Madrid.
- Cancro R. Trastornos afectivos. En: Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría. 2da ed. Barcelona: Masson-Salvat; 1992, pp.754-826.
- Cortada de Kohan, N. (1994). Diseño Estadístico. Buenos Aires. EUDEBA.
- De Las Heras, F.J.; Polaina, J.M.; Gaona, F.A. y Dueñas, M. (1990). Depresión e ideación suicida entre ancianos que viven en régimen de internamiento dentro de una institución geriátrica. Revista Española de Gerontología y Geriatria, 25, 83-88.
- Charney D, Reynolds Ch, Lewis L et al. Depression and Bipolar Support Alliance Consensus Statement on the Unmet Needs in Diagnosis and Treatment of Mood Disorders in Late Life. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:664-672.
- Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaraciones de Consenso de la OMS y WPA sobre Psiquiatría Geriátrica. Rev Psicogeriatría 2002; 2:6-21.
- Ey H, Bernard P, Brisset CH. Estados depresivos y crisis de melancolía. En: Ey H, Bernard P, Brisset CH. Tratado de Psiquiatría. 2ª ed. Barcelona: Toray-Masson; 1969, pp. 237-272.
- EuroQol Group. EuroQol – A new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy 1990; 16: 199-208.
- Fundación de la tercera edad analiza drama en este sector social en Nicaragua Tania Sirias/tsirias@elnuevodiario.com.ni
- Goffman, E. (1970). Internados. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.
- Hipertensión, cardiopatías y artritis, los males que más afectan a los ancianos

Actualizado: 13.09.09 - Redacción: redaccion@elheraldo.hn calificar.

- Marín, L., Guzmán, M. y Araya G. (2004). Adultos mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son? Revista Médica. Vol.132. Nº 7. p. 832-838.
- Interamericanos de Desarrollo, HelpAge International, Federación Internacional de la Vejez. Estudio Del Adulto Mayor en Argentina, Chile y Uruguay: Situación y Estrategias Para La Intervención. Informe Síntesis Uruguay, 1999.
- Laucirica C. Bioética. Revista Centro Juan Pablo Publicación cuatrimestral con licencia eclesiástica. Volumen 3, No.3, Sept.-Dic., 2002.
- Lugo J, Bacallao J, Rodríguez G. Validez de contenido de un cuestionario para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Rev. Cubana Oncol 2, 2000: 100-6.
- Marcela Carrasco.
<http://escuela.med.puc.cl/deptos/medinterna/PDF/Fragilidad.pdf>
- Moizeszowicz J. Psicofármacos antidepresivos. En: Moizeszowicz J. Psicofarmacología psicodinámica III: nuevos enfoques clínico-terapéuticos. Buenos Aires: Paidós; 1994, pp. 253-392.
- Passanante, M. (2005). El envejecimiento: un desafío para la sociedad de hoy. Revista "Cuestiones sociales y Económicas".UCA. Año III, Nº 6, p. 7-14
- Quintero Danauy, G. Calidad de Vida y envejecimiento. Temas de Gerontología. Ed. Científico Técnica, Ciudad Habana, 1996.
- Robine, J. M. (2000). Prolongación de la vida de los seres humanos: "Longevidad y Calidad de vida" en CEPAL-CELADE. Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad. Santiago de Chile.
- Rodríguez Feijóo, N. (1991). Psicosociogerontología: estudio de la adaptación del anciano a la internación RevistaArgentinadeGerontologíaGeriatría. Nº 11 p.213-224.
- Santander Toro J. Depresión en el adulto mayor. Boletín de la Escuela de Medicina.P. Universidad Católica de Chile 2000; 29 [8 páginas]. Obtenido de: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/Geriatria/DepresionAdulto.Html>.
- Taragano F, Allegri R, Mangone C, Paz Similitudes y diferencias semiológicas entre la depresión geriátrica y la demencia con depresión. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica 1998; 7: [12 páginas]. Obtenido en:http://www.alcmeon.com.ar/7/27/alc27_04.htm.

ANEXOS

I. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES:

#	preguntas	respuestas	
1	Nombre del encuestado		
2	Sexo de la persona encuestada (mayor de 60 años)	varón <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/>	
3	Lugar de nacimiento	Nicaragua <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/>	
4	¿Cuántos años tiene?	_____ años No respondió <input type="checkbox"/>	
5	Máximo nivel educativo alcanzado ¿Hasta que año escolar estudio?	ninguna <input type="checkbox"/> primaria incompleta <input type="checkbox"/> primaria completa <input type="checkbox"/> secundaria <input type="checkbox"/> incompleta <input type="checkbox"/> secundaria completa <input type="checkbox"/> superior incompleta <input type="checkbox"/> superior completa <input type="checkbox"/>	
6	Ocupación laboral pasada <i>(si ha sido profesional, indagar qué profesión técnica desempeño)</i>	Ninguna <input type="checkbox"/> ama de casa <input type="checkbox"/> obrero <input type="checkbox"/> empleado público <input type="checkbox"/> comerciante <input type="checkbox"/> profesional <input type="checkbox"/>	

II. SITUACIÓN SOCIAL ACTUAL:

#	preguntas	Respuestas	
7	Condición habitacional actual	internado en un albergue: privado <input type="checkbox"/> público <input type="checkbox"/>	
8	Si está internado en un centro para ancianos, ¿cuánto tiempo tiene de habitar?	_____ años _____ meses ----- días	
9	¿Recibe prestaciones de jubilación? (si recibe, cuánto dinero al mes)	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> : _____ córdoba	
10	¿Tiene seguro social (médico o de salud)?	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	
11	¿De dónde recibe sus ingresos económicos? (Puede marcarse más de una opción)	no recibe ingresos <input type="checkbox"/> su familia <input type="checkbox"/> su jubilación <input type="checkbox"/> sus ahorros de <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> sus amigos <input type="checkbox"/> programas sociales <input type="checkbox"/>	
12	Nivel de ingresos. ¿Considera que sus ingresos satisfacen sus necesidades básicas?	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	

III. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES:

#	Preguntas	respuestas
13	¿Cuántos hijos tienen vivos?	no tiene hijos <input type="checkbox"/> _____ hijos vivos
14	Situación social de los hijos (cuántos hijos son casados o solteros)	no tiene hijos <input type="checkbox"/> ___ solteros ___ casados
15	Necesidades del anciano cubiertas por los hijos (puede marcarse más de una opción)	<div>no tiene contacto con sus hijos <input type="checkbox"/></div> <div>habitacionales <input type="checkbox"/></div> <div>alimenticias <input type="checkbox"/></div> <div>medicas <input type="checkbox"/></div> <div>pensión económica <input type="checkbox"/></div>
16	Si no vive con su familia. ¿Cuántas veces al mes lo visitan?	No los ve <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 a 5 veces <input type="checkbox"/> 6 a 10 veces <input type="checkbox"/> +10 veces <input type="checkbox"/>
17	Maltrato al anciano: ¿En el último mes, ha recibido de algún familiar o persona que lo cuidan? 1 insultos o gritos hirientes 2 amenazas o chantaje 3 golpes o empujones	¿Cuántas veces?: no <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a 5 <input type="checkbox"/> 6 a 10 <input type="checkbox"/> +10 <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a 5 <input type="checkbox"/> 6 a 10 <input type="checkbox"/> +10 <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a 5 <input type="checkbox"/> 6 a 10 <input type="checkbox"/> +10 <input type="checkbox"/>

IV. RELACIONES SOCIALES Y AMICALES:

#	Preguntas	Respuestas	
18	Actualmente ¿cuántas personas, en promedio, conoce y frecuenta?	ninguno <input type="checkbox"/> _____ personas	
19	En la semana ¿Con cuántos amigos conversa?	ninguno <input type="checkbox"/> _____ amigos	
20	¿Se siente muy comprometido con sus amigos? <i>(es importante para usted ser un buen amigo)</i>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	
21	¿Siente que sus amigos lo aprecian y lo quieren?	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	
22	¿Realiza actividades físicas, lúdicas o laborales con sus amigos (jardinería, mandados, paseos, juegos de azar, etc.)?	Casi a diario <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>	
23	Escala de identidad de rol amical <i>(Leerle las alternativas por pares y pedirle con cuál de las dos se siente identificado. Marcar con aspa en las que se identifica)</i> Como amigo, el anciano se siente:	<input type="checkbox"/> social <input type="checkbox"/> seguro <input type="checkbox"/> feliz <input type="checkbox"/> abierto <input type="checkbox"/> cálido <input type="checkbox"/> competente <input type="checkbox"/> relajado <input type="checkbox"/> exitoso <input type="checkbox"/> activo <input type="checkbox"/> interesado	<input type="checkbox"/> solitario <input type="checkbox"/> ansioso <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> cerrado <input type="checkbox"/> frío <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> incompetente <input type="checkbox"/> tenso <input type="checkbox"/> fracasado <input type="checkbox"/> pasivo <input type="checkbox"/> interesado en sí mismo

V. SATISFACCIÓN CON LA VIDA:

#	ítems/alternativas	Casi a diario	1a3 veces por semana	Raras veces	Nunca
24	Siente que ha desperdiciado su vida o que su vida ha sido un fracaso (<i>siente que no aprovecho las oportunidades que le brindó la vida y se arrepiente de no haber aprovechado su juventud</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
25	Está insatisfecho con su vida actual (<i>hubiese preferido tener otro tipo de vida</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
26	Siente que no merece vivir como lo hace ahora (<i>cree que la vida le pudo dar mejores cosas que las que tiene ahora</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
27	Siente que su vida no tiene sentido	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
28	Siente que sus familiares no lo quieren (<i>se siente despreciado por su familia</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
29	Se siente inútil o un estorbo para los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
30	Siente soledad, desesperanza o confusión en su vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
31	Siente que su cuerpo está débil, dolorido y enfermo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

VI. SALUD ORGÁNICA GENERAL:				
	preguntas	Respuestas		
	¿Tiene alguna enfermedad diagnóstica por un médico? <i>(si afirma, mencionar qué enfermedad fue diagnosticada)</i>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> : _____		
	¿Recibe tratamiento y visita al médico?	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		
	¿Le duele o molesta alguna parte de su cuerpo?	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		
	¿Presenta algunos signos y síntomas patológicos? <i>(considerar la ocurrencia sólo en el último mes. Puede marcarse más de una opción):</i>	dolor de garganta constante tos con flema fuerte dolor abdominal diarrea por más de un día fuerte picazón en el cuerpo fuertes dolores en la cabeza alteraciones en el sueño falta de apetito	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	¿Ha consumido en el último mes: <i>(puede marcarse más de una opción)</i> - Medicamentos sin receta - Otras drogas (cocimientos, marihuana, etc.)	¿Cuántas veces?: no <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a 5 <input type="checkbox"/> 6 a 10 <input type="checkbox"/> +10 <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 a 5 <input type="checkbox"/> 6 a 10 <input type="checkbox"/> +10 <input type="checkbox"/>		

VII. RESENTIMIENTO:

#	ítems/alternativas	<i>Casi a diario</i>	<i>1a3 veces por semana</i>	<i>Raras veces</i>	<i>Nunca</i>
37	Recuerda con amargura las ofensas recibidas años atrás de sus familiares o algunas personas en particular	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
38	Siente cólera y rabia por alguno de sus familiares	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
39	Siente cólera y rabia por alguno de sus amigos del pasado	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
40	Cree que las personas que le hicieron daño merecen un castigo	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
41	Siente que sus hijos son unos malagradecidos e ingratos	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

VIII. DEPENDENCIA SOCIAL Y FAMILIAR:

#	ítems	alternativas
42	¿Se viste y desviste sin ayuda?	Siempre <input type="checkbox"/> 0 A veces <input type="checkbox"/> 1 Raras veces <input type="checkbox"/> 2 Nunca <input type="checkbox"/> 3
43	¿Se baña y hace sus necesidades higiénicas solo?	Casi siempre <input type="checkbox"/> 0 A veces <input type="checkbox"/> 1 Raras veces <input type="checkbox"/> 2 Nunca <input type="checkbox"/> 3
44	¿Realiza tareas caseras solo? (barrer, cargar cosas)	Casi siempre <input type="checkbox"/> 0 A veces <input type="checkbox"/> 1 Raras veces <input type="checkbox"/> 2 Nunca <input type="checkbox"/> 3
45	¿Realiza sin ayuda las compras fuera de casa?	Casi siempre <input type="checkbox"/> 0 A veces <input type="checkbox"/> 1 Raras veces <input type="checkbox"/> 2 Nunca <input type="checkbox"/> 3

IX. ATENCIÓN INSTITUCIONAL: (SÓLO PARA ANCIANOS INTERNADOS EN ALBERGUES)

#	preguntas	respuestas	
46	Tipos de servicios brindados en la casa hogar (puede marcarse más de una opción)	alimentación <input type="checkbox"/> atención de salud <input type="checkbox"/> psicológica <input type="checkbox"/> médica <input type="checkbox"/> asistencial <input type="checkbox"/> recreaciones <input type="checkbox"/> educativas <input type="checkbox"/> laborales <input type="checkbox"/>	
47	Cómo calificaría el servicio brindado por la casa hogar:: 1 Alimentación 2 Atención en salud 3 Atención educativa y recreativa	óptima <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pésima óptima <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pésima óptima <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pésima	

X. ESCALA DE APOYO SOCIAL:

#	ítems/alternativas	Siempre	A veces	Nunca
48	¿Recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas?	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
49	¿Le escuchan cuando usted tiene algún problema, preocupación o necesidad?	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
50	¿Recibe respeto y consideración?	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
51	¿Recibe apoyo económico, medicamentos, ropa, alimentos u otros?	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
52	¿Recibe atención o compañía agradable y que le hace sentir bien?	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

